

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

サカタインクス健康保険組合 理事長 殿

被保険者欄	1	健康保険被保険者証記号—番号	1000 -		
	2	被保険者の生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	3	被保険者の氏名	フリガナ		
			(氏)	(名)	(印)
4	被保険者の住所	〒 - 電話 - - e-mail			

下記の事由に該当するため、次のとおり申出をします。

	資格喪失年月日	年 月 日		
5	資格喪失の事由 ①、②のいずれかを○で囲み、取得後の被保険者証の記号番号等を記入してください	<p>① 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため</p> <p>下記に記入もしくは新健康保険被保険者証コピーを添付</p> <p>ア. 資格取得後の健康保険または船員保険証の記号番号 (—)</p> <p>イ. 適用事業者又は船舶所有者の名称及び所在地 名称 () 所在地 () 電話番号 ()</p> <p>ウ. 資格取得年月日 (年 月 日)</p>		
		<p>② 後期高齢者医療制度の被保険者となったため</p> <p>下記に記入もしくは後期高齢者医療制度被保険者証コピーを添付</p> <p>ア. 後期高齢者医療制度の被保険者証の被保険者番号 ()</p> <p>イ. 後期高齢者医療広域連合の名称 名称 (後期高齢者医療広域)</p> <p>ウ. 資格取得年月日 (年 月 日)</p>		
6	被扶養者の有無	あり ・ なし		
7	被保険者証の回収区分(※1)	被保険者分	被扶養者分	
		1:添付 2:返不能 3:滅失	1:添付(枚) 2:返不能(枚) 3:滅失(枚)	
8	摘要欄	受付日印		

※1：滅失・返不能については別途「健康保険被保険者証滅失・返不能届」を提出して下さい。(18.08)