

| | | | | |
|--------|------|-----|-----|---|
| 決 裁 | 常務理事 | 部 長 | 課 長 | 係 |
| | | | | |

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

| | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------|---------------------|---|---|-----------|----|----|-----|
| 被 保 険 者 欄 | 被保険者証の記号・番号 | 記号 | 9 | 9 | 9 | 番号 | | |
| | 被保険者の生年月日 | 昭和・平成 | | | | 年 | 月 | 日 |
| | 被保険者の氏名 | (フリガナ) (氏) ----- | | | (名) ----- | | | 印 |
| | 被保険者の住所 | 郵便番号 | | | --- | | 電話 | () |

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---------|--|--|--|---|--|--|---|--|--|---|
| 資 格 喪 失 に つ い て | 資格喪失年月日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 |
| | 資格喪失の事由 | ア 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 (1)再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号 () (2)適用事業所または船舶所有者の名称および所在地 名 称() 所在地() (3)資格取得年月日 (平成 年 月 日) | | | | | | | | | |
| | | イ 後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者となったため (1)後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 () (2)都道府県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連合) (3)資格取得年月日 (平成 年 月 日) | | | | | | | | | |
| | | ウ 特定受給者等の国民健康保険料(税)の軽減措置に該当するため | | | | | | | | | |
| 摘 要 欄 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-------|-----------|---|-----------|----|-----------|----|-----------|----|-----------|----|--|
| ※証回収欄 | 続柄 | 0 | 0 | 続柄 | | 続柄 | | 続柄 | | 続柄 | |
| | 添付・未回収・減失 | | 添付・未回収・減失 | | 添付・未回収・減失 | | 添付・未回収・減失 | | 添付・未回収・減失 | | |

関西文紙情報産業健康保険組合 受 付 日 付 印

◎裏面を必ずご覧ください。