健康保険 任意継続被保険者　資格喪失申出書

1	被保険者記号番号	20　　－
2	被保険者氏名	フリガナ
3	被保険者生年月日	□ 昭和 □ 平成　　年　　月　　日
4	被保険者住所・電話番号	〒　　－　　TEL　　（　　）

5	資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日	
	資格喪失の事由 （該当項目に✓をいれていただき、その内容を記入又はご確認ください。）	□ 健康保険又は船員保険の被保険者資格を取得したため	
		記入事項	① 再取得後の健康保険又は船員保険の記号番号 【　　】
			② 適用事業所又は船舶所有者の名称及び所在地 名称
			所在地
			③ 資格取得年月日 令和　　年　　月　　日
		□ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため	
		記入事項	① 後期高齢者医療制度の記号番号 【　　】
			② 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 （　　）後期高齢者医療広域連合
			③ 資格取得年月日 令和　　年　　月　　日
		□ 死亡したため	
		記入事項	① 死亡年月日 令和　　年　　月　　日
		□ 申出により任意継続保険の資格を喪失したいため	
		確認事項	下記についてご確認ください。 □ 当該申出の撤回はできません。 □ 当該申出による資格喪失日は健康保険組合が受付した翌月の1日です。 □ 資格喪失証明書は資格喪失日以後に交付します。
	概　要　欄		

ご確認ください	○ 社会保険の加入によって資格喪失をされる場合は、新しく加入された健康保険から交付された「資格情報のお知らせ（マイナ保険証を利用する場合）」又は「資格確認書（マイナ保険証を利用しない場合）」のコピーを添付してください。 ○ 万代健康保険組合が交付していた資格確認書・高齢受給者証・限度額認定証等があれば、必ず添付してください。紛失されている場合は、その旨を概要欄に記入してください。

万代健康保険組合理事長　様

以上のとおり申出いたします。

また、資格喪失後に誤って万代健康保険組合の保険証を使用していた場合には速やかに医療費の返還に応じます。

令和　　年　　月　　日

被保険者氏名　　㊞