

# 任意継続被保険者資格喪失申出書

日本高周波鋼業健康保険組合 理事長 殿  
下記の通り申請いたします。

提出日： 年 月 日

被 保 険 者	被保険者証の 記号・番号	記号	42	番号	
	氏名	(フリガナ) ..... ⑩			
	生年月日	年 月 日			
	住所及び電話番号	〒 - 電話 ( )			
資 格 喪 失 の 理 由 (ア、イ、ウの当てはまるものに○をつけて詳細をご記入下さい)	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（就職等） (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 (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 ( 年 月 日)			添付書類 ①保険証 (被扶養者分含む) ②高齢受給者証 限度額適用認定証 (該当の方のみ) ③新しい保険証の コピー (本人分のみ)
	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記号・番号 (記号 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 ( 年 月 日)			③新しい保険証の コピー (本人分のみ)
	ウ	任意継続被保険者でなくなることを希望するため ※申出書を受理した月の翌月1日が資格喪失日となります。			上記①②の証を 資格喪失後（翌月 1日以降）に返却 して下さい。
摘要欄					
(※健保組合記入) 資格喪失日		年 月 日			受付日付印

※保険証を紛失してしまった場合は、摘要欄にその旨を記入し、「被保険者証滅失届」を提出して下さい。