届書コード	
2 3 2	0

健康保険　任意継続被保険者　資格喪失申出書

被保険者欄	1	被保険者証の記号及び番号	左づめ　－　左づめ
	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)　㊞
	4	被保険者の住所	郵便番号　－　電話　(　　) 都道府県

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

5	資格喪失年月日	令和　年　月　日
	資格喪失の事由 ［ア、イのいずれかを「○」で囲み、再取得後の被保険者証の記号番号等を記入してください。］	**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** (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　(令和　　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　(令和　　年　　月　　日)
6	摘　要　欄	

7	社会保険労務士の提出代行者名記載欄
	㊞

受付日付印

※協会使用欄

決裁		登録	審査

被保険者証回収欄	被保険者番号	0 0	被扶養者番号		被扶養者番号		被扶養者番号	
	添付・返不能・滅失		添付・返不能・滅失		添付・返不能・滅失		添付・返不能・滅失	

アイフル健康保険組合