健康保険　任意継続被保険者　資格喪失申出書

被保険者欄	被保険者証の記号及び番号	記　号	番　号
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	
	氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	
	住所	〒	
	電話番号	(　　)	
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 （マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）			
備考欄			

下記の事由に該当するため、次のとおり申し出ます。

資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日
資格喪失の事由 ［１、２のいずれかを「○」で囲み、該当事項をもれなくご記入ください］	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 (1) 新たに取得した健康保険または船員保険の被保険者証の記号及び番号 記号〔　　〕番号〔　　〕 (2) 保険者名称・所在地及び保険者番号 保険者名称　〔　　〕 保険者所在地（　　） 保険者番号　〔　　〕 (3) 資格取得年月日〔令和　　年　　月　　日〕
	2　後期高齢者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 〔　　後期高齢者医療広域連合〕 (3) 資格取得年月日〔令和　　年　　月　　日〕

※カネカ健康保険組合発行被保険者証（限度額適用認定証・高齢受給者証等）・資格取得日確認のため新たな加入先で受け取られた被保険者証コピーと共にご提出ください(被保険者証紛失の場合は、別途手続が必要になりますので、健康保険組合へご連絡ください)。

※既にお支払いただいた保険料に払い戻しが発生する場合は、資格喪失日確認後、保険料還付手続書類をお送りします。