

受付印	決 裁		
	常務理事	事務長	担当者
<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> <b>健保使用欄</b> </div>			

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

阪和興業健康保険組合理事長 殿

保険者証の 記号・番号	〇〇-〇〇〇〇	被保険者の氏名	健保 太郎		
生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	電話番号	00-0000-0000	性別	
				男・	
住 所	〒 〇〇〇 — 〇〇〇〇 〇〇県 〇〇市 〇〇〇町 〇-〇-〇〇				

資 格 喪 失 の 事 由 <small>※該当の方にはチェックを入れてください</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
	新しい保険証の記号番号	記号・番号 〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇〇〇
	適用事業所又は船舶所有者の名称および所在地	事業所名称 株式会社〇〇〇〇
		所在地 〇〇県 〇〇市 〇〇〇町 〇-〇〇
	資格取得年月日	〇〇年 〇月 〇〇日
	<input type="checkbox"/> 申出により任意継続保険の資格を喪失したため	
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため	
	後期高齢者医療の被保険者証番号	記号・番号
	都道府県後期高齢者医療広域連合の名称	名称
	資格取得年月日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 被保険者死亡のため		
備 考		

上記の事由に該当するため、申出します。