

届書コード	処理区分	届書
2 3 2		

健康保険任意継続被保険者資格喪失申請書(処理票)

所長	次長	課長	係長	係員

① 整理番号	⑦ 被保険者の氏名	② 生年月日 明治 1 年 月 日 大正 3 昭和 5 平成 7	③ 資格喪失年月日 年 月 日	④ 資格喪失原因 1. 4. 2. 5. 3. 6.
① 被保険者の住所 (〒 -)		⑤ 被保険者証 (被保険者用)回収区分	⑥ ※被扶養者番号 ⑦ ※被保険者証(被扶養者用)回収区分	
		添付 1 返不能 2 滅失 3	有・無 (人)	送信
⑧ 電話番号 ()局 番		⑨ 備考		
⑩ 資格喪失の原因	1. 保険料が納付期日までに納付されなかったため。 2. 健康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被保険者証の記号番号 () (2) 資格取得年月日 (年 月 日) 3. 船員保険の被保険者資格を取得したため。 (1) 船員保険の被保険者証の記号番号 () (2) 資格取得年月日 (年 月 日) 4. 法定期間が満了したため。 5. 被保険者が死亡したため。 6. 国民健康保険の退職被保険者資格を取得したため。 (1) 再取得後の国民健康保険被保険者証の記号番号 () (2) 資格取得年月日 (年 月 日)			

平成 年 月 日 提出

<記入上の注意>

1. ②元号、④及び⑤は該当する事項を○で囲んでください。
2. ⑩は、該当する事項を○で囲んでください。
 なお、「有」の場合は、()内に被扶養者の人数を記入してください。
3. 「※」印欄は記入しないでください。

受付日付印