

任継 3320  
特退 3309

## 健康保険資格喪失申出書

|                       |   |                  |                      |          |                     |    |                                    |  |  |  |      |
|-----------------------|---|------------------|----------------------|----------|---------------------|----|------------------------------------|--|--|--|------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄 | 1 | 被保険者の<br>記号および番号 | 記号<br>3309 ・ 3320    |          | 番号<br>1 2 3 4 5 6 7 |    |                                    |  |  |  |      |
|                       | 2 | 被保険者の生年月日        | 昭・平<br>〇〇年 〇月 〇日     |          |                     |    |                                    |  |  |  |      |
|                       | 3 | 被保険者の氏名          | (フリガナ) ノムラ<br>(氏) 野村 |          |                     |    | (名) マルオ<br>〇男                      |  |  |  | (野村) |
|                       | 4 | 被保険者の住所          | 郵便番号                 | 000-0000 |                     | 電話 | 000 ( 0000 ) 0000<br>東京都江東区豊洲〇-〇-〇 |  |  |  |      |

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 〇 年 〇 月 〇 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|   | 資格喪失の事由     | <p>ア 申出による資格喪失<br/>→資格喪失日は、書類受付日の翌月1日</p> <p>イ 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<br/>(1) 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者記号、番号<br/>( )<br/>(2) 適用事業所または船舶所有者の名称および所在地<br/>名称 ( )<br/>所在地 ( )<br/>(3) 資格取得年月日 (令和 年 月 日)</p> <p>ウ 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<br/>(1) 後期高齢者医療の被保険者番号<br/>( )<br/>(2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称<br/>名称 ( )<br/>(3) 資格取得年月日 (令和 年 月 日)</p> |
| 6 | 摘要欄         | 喪失事由が「イ」または「ウ」の場合、新たに加入した健康保険の「資格情報のお知らせ」のコピー、または「資格確認書」のコピーをご提出ください。                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 7 | 社会保険労務士の提出代 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

健康保険証、資格確認書をお持ちの方は、必ずご返却ください。

|           |           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 被保険者証等回収欄 | 被保険者      | 被扶養者      | 被扶養者      | 被扶養者      |
|           | 添付・未回収・滅失 | 添付・未回収・滅失 | 添付・未回収・滅失 | 添付・未回収・滅失 |