

	常務理事	事務長	課長	担当
伺				

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

1. 任意継続被保険者証の	記号	2000
	番号	
2. 被保険者氏名		
3. 生年月日		
昭和 ・ 平成		
年 月 日		
4. 住所		
5. 電話番号（日中の連絡先）		
()		
6. 資格喪失年月日（お勤め先で加入された社会保険の資格取得年月日）		
令和		
年 月 日		
7. お勤め先の	名称	
	所在地	
8. 摘要欄		

社会保険加入日の分かる書類（例 資格確認書・資格情報のお知らせ・お勤め先で発行された社会保険加入日の分かる書類等）の写しを添付してください。
 交付済の健康保険証（※）または資格確認書をお持ちの方は、添付してください。
 健康保険証または資格確認書を添付できない場合は、「8. 摘要欄」にその理由を記入してください。
 （※）令和7年12月2日以降の健康保険証は無効となりますので、添付不要となります。