伺	常務理事	事務長	課　長	担　当

健康保険　任意継続被保険者　任意資格喪失申出書

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．任意の資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日	
6．摘要欄		

交付済の健康保険証(※)または資格確認書をお持ちの方は、資格喪失後にご返却ください。
健康保険証または資格確認書をご返却できない場合は、「6．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、ご返却は不要になります。