

伺	年	月	日
常務	業務課長	係	係

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

被保険者証の 記号及び番号	記号	200	フリガナ	ミエ タロウ			
	番号	〇〇	被保険者氏名	三重 太郎 (三)			
	号		生年月日	昭 平	35 年 1 月 1 日		
被保険者の住所		郵便番号 514 - 0000 三重県津市〇〇町〇〇〇〇 電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇					

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

資格喪失年月日	令和 4 年 5 月 1 日
資格喪失の理由	<p>ア. 健康保険の被保険者資格を取得したため</p> <p>(1) 再取得後の健康保険の被保険者証の記号 - 番号 (〇〇〇〇 - 〇〇〇〇)</p> <p>※ 再取得後の被保険者証の写しの添付をお願いします</p> <p>(2) 適用事業所の名称及び所在地</p> <p>名 称 〇〇〇〇株式会社</p> <p>所 在 地 三重県〇〇市〇〇町〇〇〇〇</p> <p>(3) 資格取得年月日 (令和 4 年 5 月 1 日)</p> <p>イ. 申出により任意継続保険の資格を喪失したため ※ 申出が受理された日の翌月の1日に資格喪失</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</p> <p>エ. その他 ()</p>
令和 4 年 5 月 2 日	
三重県自動車販売健康保険組合 様 受付日付印	