

常務理事	担当者	担当者	

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 情 報	健康保険の記号番号	9000 -	(カナ)	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	住所	〒	—	自宅電話番号	—	—	—
備考				※健康保険の記号番号に代えて個人番号を記載する場合は、備考欄に記載してください。 (個人番号を記載した場合は、番号及び本人確認をするための書類が必要です。)			

資格喪失年月日	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 他の健康保険等の被保険者となったとき	
新しく取得した健康保険の記号番号	
適用事業所（船舶所有者）の 名称	名称
	所在地
資格取得年月日（就職日）	年 月 日
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため（65歳以上75歳未満の方に限る）	
新しく取得した健康保険の記号番号	
後期高齢者医療広域連合の名称	() 後期高齢者医療広域連合
資格取得年月日	年 月 日

被保険者証等について	1. 同封	被保険者	資格喪失証明書について	1. 発行を希望する
		被保険者		2. 発行を希望しない
	2. 未返却	理由： 返却予定日 令和 年 月 日		

上記のとおり申し出します。

年 月 日 提出

※ ダイレクトマーケティングミックス健康保険組合が発行した

保険証、高齢受給者証、限度額適用認定証等をお持ちの場合はご返却ください。

※ 資格喪失月（取得と同じ月に喪失した月は除く）以降の納付済保険料は、還付手続きを経てお返しします。

受付年月日