

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	—	氏名	(カナ)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	住所	〒 —								
	自宅電話番号 — — 携帯 // — —									
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
資 格 喪 失 事 由 (該 当 項 目 に ✓ を し て く だ さ い 。)	<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					
		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  2. 発行を希望しない
		被保険者		
	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、還付手続きを經過お返します。

受付年月日