申請書は、必ずダウンロードしてからご使用ください。ブラウザ上で直接入力すると、文字化けする場合があります。

常務理事	事務長		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	記号 ― 番号	―	被保険者氏名	(フリガナ)
	被保険者住所	〒　　―		
	電話番号 (日中の連絡先)	(　　)		

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

資格喪失の事由（該当項目にレ印をご記入ください。）	資格喪失年月日	西暦　　年　　月　　日		
	☐ 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため			
	上記にレ印した場合にご記入ください	(1)再取得後の健康保険または 船員保険の保険証または資格情報のお知らせ記載の記号番号	―	
		(2)適用事業所または船舶所有者の名称および所在地	名称	
			所在地	
		(3)資格取得年月日	西暦　　年　　月　　日	
	☐ 申出により任意継続保険の資格を喪失したいため			
	☐ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため			
	上記にレ印した場合にご記入ください	(1)再取得後の健康保険または 船員保険の保険証または資格情報のお知らせ記載の記号番号	―	
		(2)適用事業所または船舶所有者の名称および所在地	名称	後期高齢者医療広域連合
		(3)資格取得年月日	西暦　　年　　月　　日	
	備考欄			

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。

【添付書類】

1.イトーキ健康保険組合の健康保険資格確認書(被扶養者分を含む) ※交付されている方のみ

イトーキ健康保険組合

記入例

常務理事	事務長		担当者

険 任意継続被保険者

資格情報のお知らせ等に
記載されている記号・番号を記入してください。

資　格　喪　失　申　出　書

被保険者情報	記号 — 番号	30 — 999999	被保険者氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎
	被保険者住所	〒 〇〇〇 — △△△△ 〇〇県△△市□□町5—5—5		
	電話番号 (日中の連絡先)	11 (2222) 3333		

日中連絡の取れる電話番号を記入してください。

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

資格喪失の事由（該当項目にレ印をご記入ください。）	資格喪失年月日	西暦 2021 年 6 月 1 日	
	☑ 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため		
	上記にレ印した場合にご記入ください (1)再取得後の健康保険または船員保険の保険証または資格情報のお知らせ記載の記号番号	11-2222	
	上記にレ印した場合にご記入ください (2)適用事業所または船舶所有者の名称および所在地	名称	㈱〇〇〇
		所在地	〇〇県△△市□□町3—3—3
	上記にレ印した場合にご記入ください (3)資格取得年月日	西暦 29 年 6 月 1 日	
	□ 申出により任意継続保険の資格を喪失したいため		
	□ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため		
	上記にレ印した場合にご記入ください (1)再取得後の健康保険または船員保険の保険証または資格情報のお知らせ記載の記号番号		
	上記にレ印した場合にご記入ください (2)適用事業所または船舶所有者の名称および所在地	名称	後期高齢者医療広域連合
	上記にレ印した場合にご記入ください (3)資格取得年月日	西暦 年 月 日	
	備考欄		

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。

【添付書類】
1.イトーキ健康保険組合の健康保険資格確認書(被扶養者分を含む) ※交付されている方のみ

イトーキ健康保険組合