

# 任意継続被保険者資格喪失届

## Termination notice for voluntary continuation of insurance coverage

常務理事	事務長	担当

データ  
照合提出 Submitted **2021** 年 year **12** 月 Month **31** 日 Day

被保険者証 Insurance Card	記号 Code	<b>99</b>	番号 Number	<b>9999</b>
氏名 Name	<b>健保 一郎</b>			
住所 Address	〒 ○○○ - ○○○○ <b>東京都○○区○○町○○-○-○</b>			電話番号Phone <b>99-9999-9999</b>
生年月日 Date of Birth	元号(Era) 昭和 (Showa)	年 <b>33</b> year	月 <b>1</b> Month	日 <b>1</b> Day

資格喪失の理由 Reason for termination	<input checked="" type="checkbox"/>	就職のため Found employment	就職年月日 Date of employment	元号(Era) 令和(Reiwa)	年 year	月 Month	日 Day
	<input type="checkbox"/>	その他 Other reason			<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
被保険者証 Health insurance cards (All, including those belonging to dependents)	<input checked="" type="checkbox"/>	同封する Enclosed	<b>2</b>	枚 Number of sheets			
	<input type="checkbox"/>	同封しない Not enclosed	理由 Reason				
資格喪失証明書 Certificate of disqualification	<input checked="" type="checkbox"/>	発行を希望する Issuance hope	<input type="checkbox"/>	発行を希望しない Unnecessary			

## 添付書類 Accompanying Documents

- 再就職先から発行された健康保険証のコピー  
Copy of health insurance card issued by new employer
- 高齢受給者証および限度額適用認定証（該当者のみ）  
Elderly recipient card and certificate of eligibility for ceiling-amount application (only for those to whom these have been applied)
- 健康保険証滅失申請書（健康保険証を滅失し返却できない場合）  
Application form for lost or destroyed health insurance cards  
(when the cards issued at the time of enrollment in voluntary continuation have been lost or destroyed)

注意!! Attention

健保記入欄 For insurance association use	喪失年月日	年 月 日
	保険料還付額	円 年 月 ~ 年 月分
	備考	

受付