見　　本

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

喪失理由が
1と2の場合：新しい健康保険証の取得年月日を記入。
3の場合：死亡日の翌日を記入。
4の場合：75歳の誕生日また該当日を記入。
5の場合：記入不要。

健康保険被保険者証	記　号	番　号	被保険者氏名	(フリガナ)
	90			
資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日			
喪失理由	1．一般の被保険者となったため（就職したため） 2．船員保険の被保険者となったため 3．死亡したため 4．後期高齢者医療の被保険者となったため 5．資格喪失を希望するため※1・2　（理由：　　） ※1　原則として、申出後の取消はできません。 ※2　資格喪失日は申出書を受理した日の属する月の翌月１日です。被保険者証は資格喪失日到来後、速やかに返却ください。			
使用される事業所、所在地、新しい保険証の記号・番号（上記理由が1・2の場合）	名　称			
	所在地			

該当する項目に○を付けて下さい。

資格喪失を希望される理由を記入。
【例】：国保に加入するためなど

新しく勤められた事業所名と所在地、新しい保険証の記号と番号を記入。

被保険者のマイナンバー記載欄 （被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です）	

記入不要

※マイナンバーを記載した場合は書留など追跡可能な方法で送付をお願いします。

記入日、現在お住まいのご住所・氏名の記入。

エア・ウォーター健康保険組合理事長　　殿

令和　　年　　月　　日

（申出人）　住所

〒

氏名

－ 注意事項 －

1. 当健康保険組合の健康保険証を返却して下さい。
2. 上記喪失理由が1と2の場合、新しい被保険者証の写し、
   または健康保険被保険者資格取得証明書の写しを添付して下さい。
3. 上記喪失理由が3場合、死亡日がわかる書類を添付の上、
   相続人または親族が届出して下さい。