伺	年　　月　　日		
常務	業務課長	係	係

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

被保険者証の記号及び番号	記号	200	フリガナ		
			被保険者氏名		㊞
	番号		生年月日	昭 平	年　　月　　日
被保険者の住所	郵便番号　　ー 電話　　（　　）				

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

資格喪失年月日	令和	年　　月　　日
資格喪失の理由	**ア. 健康保険の被保険者資格を取得したため** (1) 再取得後の健康保険の被保険者証の記号 － 番号 （　　ー　　） ※　再取得後の被保険者証の写しの添付をお願いします (2) 適用事業所の名称及び所在地 名　　称 所　在　地 (3) 資格取得年月日（令和　　年　　月　　日） **イ. 申出により任意継続保険の資格を喪失したいため** ※　申出が受理された日の翌月の1日に資格喪失 **ウ. 後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の被保険者となったため** **エ. その他（　　）**	

年　　月　　日

三重県自動車販売健康保険組合　　様　　受付日付印