健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

KOA健康保険組合理事長　殿

		記号	番号
被保険者等記号番号			
被保険者	氏　名		
	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日	
被保険者の住所			

次の事由により、任意継続の資格喪失を申出します。

該当する番号を〇で囲み(ア)(イ)(ウ)へ記入してください

1	任意継続被保険者でなくなることを希望するため (資格喪失日はこの申出書が受理された日の翌月1日となります)
2	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 (新たに取得した資格情報のお知らせのコピーを添付してください) (ア)再取得後の健康保険または船員保険の被保険者等記号番号 (記号　　番号　　) (イ)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(　　) (ウ)資格取得年月日 (令和　　年　　月　　日)
3	後期高齢者医療制度の被保険者となったため (ア)後期高齢者医療の被保険者等番号 (　　) (イ)都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名称(　　後期高齢者医療広域連合) (ウ)資格取得年月日 (令和　　年　　月　　日)