常務理事	事務長	担当者

任意継続被保険者資格喪失・氏名変更等申出書

被保険者記号-番号	320 －	氏 名		申請日　年　月　日
				連絡先

資格喪失	資格喪失年月日	資格喪失の理由
	年　月　日	1. 就職等で他の健康保険の被保険者に加入。 ※新しい加入先の保険証コピーを添付して下さい。 **資格取得年月日　年　月　日** 2. その他 ☐ 脱退希望 （国民健康保険に加入する、被扶養者申請のため 等） ☐ 被保険者の死亡　☐ 被保険者が 75 歳

	変 更 後		変更年月日	変 更 前	
氏名変更	フリガナ		年　月　日	フリガナ	
住所変更（住民票住所）	本人	〒	年　月　日	本人	〒
	家族	〒 ☐ 全員 ☐ 一部（氏名　　）		家族	〒
銀行口座	銀行　支店 普通 口座 No.		年　月　日	銀行　支店 普通 口座 No.	

＜記入上の注意＞

＊ 資格喪失の場合は任意継続期間満了・就職・死亡・申出以外の時は、10 日までに 保険料を納入しなかったとして、11 日（休日の場合はその翌日）が資格喪失日となります。

＊ 資格喪失証明書・保険料納入証明書が必要な場合は〇印をつけて下さい。

1．資格喪失証明書　　2．保険料納入証明書（11 月頃発送予定）

＊資格喪失の場合、健康保険証は喪失日以降すみやかにご返却お願いいたします。

令和 6 年 12 月改訂