

常務理事	事務長	主事	係員

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

J. フロント健康保険組合 理事長殿

申出日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

被 保 険 者	被保険者等記号及び番号	記号	1900	番号	
	フリガナ			生年月日	昭和・平成 年 月 日
	氏名			*本人自署の場合は押印を省略可	
	住所	〒	—	都・道 府・県	市 郡
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	( )		

資格喪失の事由 (該当項目に印を記入ください)	<input type="checkbox"/> 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				J. フロント健保の 資格喪失日	
	上記に ✓の 場合に 記入	(1)再取得した健康保険または 船員保険の被保険者等の記号番号	—			新たに資格を 取得した日
		(2)資格取得年月日	令和 年 月 日			
		同封要	①新たに取得した資格の資格情報のお知らせor資格確認書 のコピー ②お持ちの、J.フロント健保の被保険者証・資格確認書			
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため				新たに資格を 取得した日	
	上記に ✓の 場合に 記入	(1)後期高齢者医療の被保険者等の 被保険者番号	—			
(2)資格取得年月日		令和 年 月 日				
同封要		①新たに取得した資格の資格情報のお知らせor資格確認書 のコピー ②お持ちの、J.フロント健保の被保険者証・資格確認書				
<input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入するため <input type="checkbox"/> 他の健康保険の被扶養者になるため <input type="checkbox"/> その他 ( )				申出書が 当健保に 受理された日の 翌月1日		
上記に ✓の 場合に 記入	健康保険資格喪失証明書の発行 不要 (不要の場合のみ、○をつけて下さい) 資格喪失日にあわせて、健康保険資格喪失証明書を郵送します。 証明書受取後、お持ちの任継の被保険者証or資格確認書を返却してください。					

上記の事由に該当するため、喪失を申しいたします。

受付日付印

※健保記入欄

資格喪失年月日	令和	年	月	日
---------	----	---	---	---

(202412)