

常務理事	事務長	課長	担当者

みづほ健康保険組合

被保険者情報	被保険者証の (左づめ)	記号	番号	生年月日			
		999	—	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 平成			
	氏名	フリガナ					
住所	(〒 —)						
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						

資格喪失の事由 (該当項目にシ印を記入してください)	<input type="checkbox"/> 任意脱退（申出が受理された日の属する月の翌月1日が喪失年月日）						
	<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						
	喪失年月日 令和 年 月 日						
	上記に記入していただく場合	(1) 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号					
		(2) 適用事業所または船舶所有者の名称及び所在地	名称				
			所在地				
	(3) 資格取得年月日	令和	年	月	日		
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため						
	上記に記入していただく場合	(1) 後期高齢者医療制度の被保険者証の被保険者番号					
		(2) 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	
(3) 資格取得年月日		令和	年	月	日		
摘要欄							

上記事由に該当するため、申出します。

令和 年 月 日

(注意事項)

○被保険者証の記号番号は、任意継続被保険者証に記載されています。

○資格喪失日について、任意脱退以外は、新たに健康保険、船員保険、後期高齢者医療制度の被保険者となった日（資格取得年月日）を記載してください。なお、任意脱退については、申出が受理された日の属する月の翌月1日が喪失年月日となりますが、未納喪失に該当し、未納喪失日が翌月1日よりも先に到来する場合は、納期の翌日が喪失日となります。

○この届書とともに現在交付されているすべての被保険者証を添付してください。あわせて新たに取得した被保険者証の写しも添付してください。

受付印