

船員保険 疾病任意継続被保険者 資格喪失 申出書

喪

申 出 者 情 報	記号・番号 (左づめ)	8 8 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 -	生年月日		
	被保険者の氏名 (申出者)	(フリガナ)			昭和・平成 年 月 日
	住所	郵便番号	—	電話番号 (日中の連絡先)	
		都	道	府	県

資 格 喪 失 の 事 由	提出日 (投函日)	令和 年 月 日
	資格喪失事由 該当の数字を ご記入ください	<input type="checkbox"/> 1. 再就職等により健康保険の被保険者資格を取得したため <input type="checkbox"/> 2. 再就職等により船員保険の被保険者資格を取得したため <input type="checkbox"/> 3. 申出により疾病任意継続保険の資格を喪失するため(国民健康保険への加入、被扶養者としての加入) <input type="checkbox"/> 4. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(75歳到達) <input type="checkbox"/> 5. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(障害認定) <input type="checkbox"/> 6. 死亡したため
	資格喪失年月日	令和 年 月 日 記入いただく日付 ・資格喪失事由が1・2の場合・・・再就職先等で新たに社会保険に加入した年月日(資格取得年月日) ・資格喪失事由が3の場合・・・提出日の属する月の翌月1日 ・資格喪失事由が4の場合・・・後期高齢者医療制度に加入した年月日(75歳の誕生日) ・資格喪失事由が5の場合・・・後期高齢者医療制度に加入した年月日(認定年月日) ・資格喪失事由が6の場合・・・亡くなられた日の翌日 ※下記に亡くなられた被保険者の氏名をご記入ください。
亡くなられた 被保険者の氏名	資格喪失事由(6.死亡したため)を選んだ場合のみご記入ください。 (フリガナ)	

記号番号を記入した場合は
記入不要です。記入した場合は必ず
本人確認書類を添付してください。

被保険者のマイナンバー記入欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部

R6.11