

# 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

注意事項および添付書類等については、裏面をご確認ください。  
申出書は楷書で枠内に丁寧に記入ください。

被保険者情報	被保険者証の (左づめ)	記号 99	番号	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	氏名	(フリガナ)		
	住所	(〒 - ) 都道府県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )		

資格喪失の事由 (該当する□に✓印を ご記入ください。)	<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者でなくなることを希望するため ※こちらの申請書を当組合で受理した月の翌月1日が資格喪失日となります。				
	<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				
	上記に ご記入 ください	(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 船舶所有者の名称および所在地	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 ご記入 ください	(1)後期高齢者医療の被保険者証の 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
適用欄					

上記の事由に該当するため、申し出ます。 令和 年 月 日 提出

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

受付年月日

備考欄	
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	

## 注意事項

### ◆保険料について

○資格を喪失した月の保険料は必要ありません。すでに保険料を納付していただいている場合は、後日、「還付請求書」を送付しますので、返還請求をしてください。

※資格取得した月と資格喪失した月が同じ月の場合は、その月の保険料が必要となりますので、その月分の還付はありません。

### ◆被保険者の方が亡くなられた場合について

○被保険者の方が亡くなられた場合は、この申出書の提出の必要はありません。

○保険証等は埋葬料(費)の請求をされる際に添付してください。

### ◆被扶養者がいる場合について

○被保険者の資格喪失とともに被扶養者でなくなる方がいる場合の被扶養者(異動)届の提出は不要です。

### ◆その他

○適正な資格記録を把握するために、新たに取得した保険証等のコピーの添付をお願いします。

- ◆ 現在交付されている当組合の全ての保険証を添付してください。  
また、高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けている場合は、それらもあわせて添付してください。

ただし、任意継続被保険者でなくなることを希望するための申出の方は、この申出書には添付せず、資格喪失日以降速やかに返納してください。