

常務理事	事務長	部長	課長	課長代理	係長	係員

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

被保険者情報	被保険者等	記号	9999	番号	
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	住所	〒	—	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先) ()

▷ 該当する資格喪失事由に✓を付け、該当項目をご記入ください。

資格喪失事由	<input type="checkbox"/> ① 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	
	再取得後の健康保険の被保険者等記号・番号	
	適用事業所の名称	
	資格取得年月日	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> ② 後期高齢者医療制度の被保険者となったため		
後期高齢者医療の被保険者等番号		
都道府県後期高齢者医療広域連合の名称	() 後期高齢者医療広域連合	
	資格取得年月日	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> ③ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため		
資格確認書（健康保険証）	1.添付 2.滅失(別途滅失届が必要となります。)	

【添付書類と留意事項】

喪失事由	添付書類	留意事項
①又は②の方	〈発行されている方〉 ● 資格確認書または健康保険証（被扶養者分を含む） * 高齢受給者証や限度額認定証などの交付を受けている場合は、併せてご提出ください。 ● 新たに取得した健康保険加入情報の確認書類（写） （資格確認書、資格情報のお知らせ等）	○ 資格喪失年月日は、新たに取得した資格確認書（健康保険証）の資格取得年月日となります。 ○ 保険料は、資格喪失月の前月分までとなります。
③の方	〈発行されている方〉 ● 資格確認書または健康保険証（被扶養者分を含む） 【注：資格確認書（健康保険証）の添付について】 ③が資格喪失事由の場合、申出月の月末までは資格確認書（健康保険証）を使用することができますので、この申出書に資格確認書（健康保険証）は添付せず、申出月の翌月1日以降に健保組合業務課までご送付ください。（高齢受給者証なども同様となります。）	○ 資格喪失年月日は、この申出書を健保組合が受理した日の属する月の翌月1日となります。 ○ 保険料は、この申出書を健保組合が受理した日の属する月分までかかります。 ○ 申出後にこの資格喪失を取り消すことはできません。

※資格取得月に資格喪失となった場合は、資格喪失月の保険料はかかりません。

※被保険者情報欄の被保険者等記号・番号は資格情報のお知らせで確認し記入してください。

※資格確認書（健康保険証）、高齢受給者証、限度額認定証を紛失された場合は別途「滅失届」が必要となりますので健保組合業務課までご連絡ください。(TEL：03-3553-3255)

組合受付印