様式6-2

地域医療振興協会 健康保険組合 JADECOM Health Insurance Organization

任意継続被保険者 資格喪失申出書

記入例　※就職等により、他の健康保険に加入する場合　　被保険者（申請者）記入用

被保険者情報					
被保険者証の記号番号（左づめ）	記号 9999 － 番号 1000 ／ 枝番 12	生年月日	☑ 昭和 ☐ 平成　年 XX　月 X　日 X	性別	☑ 男 ☐ 女
フリガナ	チイキ　タロウ				
氏　名	地域　太郎			☑ 携帯	1234 0000
住　所	〒 000 － 0000				△△1-2-3（町名・番地）
	東京都（都道府県）	〇〇区（市区町村）			□□マンション101号室（アパート・マンション名）

枝番は、保険証に印字されている場合に記入

資格喪失事由（該当項目に✔印をご記入ください。）				
資格喪失年月日	令和	年 XX　月 X　日 X		
☑ 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	(1)再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の保険者番号・記号番号	保険者番号		
		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		
	同じ日付 年月日	令和	年 XX　月 X　日 X	
☐ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため	(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		後期高齢者医療広域連合	
	(3)資格取得年月日	令和	年　月　日	
☐ 死亡したため	死　亡　日	令和	年　月　日	
☐ 被保険者からの申出	資格喪失年月日（この申出書がJADECOMけんぽに届いた日の属する月の翌月1日）	令和	年　月　日 0 1	
摘　要　欄	※申出書を提出する際に被保険者証を添付できない場合はその旨を記入してください。			

就職先で受け取った新しい保険証の内容を記入

上記の事由に該当するため、申出します。

令和　XX　年　XX　月　XX　日

この用紙と一緒に

- 任意継続被保険者の保険証等
- 新しい職場で発行された保険証のコピー

を必ず送付してください

付印

ver.20230401

様式6-2

地域医療振興協会 健康保険組合 JADECOM Health Insurance Organization

任意継続被保険者 資格喪失申出書

記入例　※被保険者からの申出による喪失

被保険者（申請者）記入用

被保険者情報	被保険者証の記号番号（左づめ）	記号 9999 － 番号 1000 ／ 枝番 12	生年月日	☑ 昭和 ☐ 平成 年 XX 月 X 日 X	性別	☑ 男 ☐ 女	
	フリガナ	チイキ　タロウ				☑ 携帯	
	氏　名	地域　太郎				1234 0000	
	住　所	〒 000 － 0000		△△1-2-3（町名・番地）			
		東京都（都道府県）	〇〇区（市区町村）	□□マンション101号室（アパート・マンション名）			

枝番は、保険証に印字されている場合に記入

資格喪失事由（該当項目に✔印をご記入ください。）	資格喪失年月日	令和 年 XX 月 X 日 X 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	(1)再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の保険者番号・記号番号	保険者番号		
			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	
	☐ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため	(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		後期高齢者医療広域連合	
		(3)資格取得年月日	令和	年 月 日	
	☐ 死亡したため	死　亡　日	令和	年 月 日	
	☑ 被保険者か	資格喪失年月日（JADECOMけんぽに届いの翌月1日）	令和	年 XX 月 X 日 01	
	摘　要　欄	※申出書を提出する際に被保険者証を添付できない場合はその旨を記入してください。			

同じ日付

被保険者からの申出による資格喪失日は、
『申出書がJADECOMけんぽに届いた日の属する月の翌月１日』になります。
郵便事情により到着が遅れた場合は、１か月後の１日になりますのでご注意ください。
また、一度行った申出の取り下げはできません。

上記の事由に該当するため、申出

令和　XX　年　XX　月　XX　日

受付印

ver.20230401