健康保険組合		
常務理事	グループ長	担当者

健康保険　任意継続被保険者　資格喪失申請書

令和　　年　　月　　日提出

健康保険被保険者証		被保険者の氏名	生年月日		性別
記号	番号（右づめで記入）				
			昭和 平成	年　月　日	男 ・ 女

記載住所が今後の登録住所となります（当組合からの郵送物は下記住所へ送付されます）

住所	〒　　ー	自宅	
		携帯	

資格喪失事由（該当箇所に☑してください）

☐ ①就職等により、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

取得した健康保険の名称	
取得した健康保険の記号・番号	
資格取得年月日	令和　　年　　月　　日

☐ ②後期高齢者医療制度の被保険者となったため

取得した健康保険の名称	都道府県　後期高齢者医療広域連合
取得した健康保険の被保険者番号	
資格取得年月日	令和　　年　　月　　日

☐ ③任意継続被保険者でなくなることを希望するため

・資格喪失日は、資格喪失申請書を当組合が受理した日の属する月の翌月1日となります。
・申出後に資格喪失を取り消すことはできません。

【添付書類】
新しい健康保険の資格情報のお知らせ(写)または資格確認書(写)
（被保険者分のみ。適用開始年月日または資格取得日が確認できるもの）

【返納するもの】
当組合の保険証、資格確認書等
（被保険者、被扶養者分。交付を受けているとき）

※当組合の保険証等を紛失した場合は、別途「紛失届」が必要

添付書類　不要
（当組合の保険証等は、資格喪失証明書が届いてから提出）

健保記入欄	資格喪失年月日	R　.　.	入力者
	還付	あり・なし	
	添付	証　枚 資　枚	

受付日付印

健康保険被保険者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、下記「備考」欄に記入してください。
（マイナンバーを記入した場合は、マイナンバー確認ならびに本人確認のための書類添付が必要となります。）

備考	

(R6.12)

日本製鉄健康保険組合