

# 任意継続被保険者 資格喪失申請書 記入例

- 資格を喪失した月の保険料は不要です。
- 資格を取得した月と資格を喪失した月が同月の場合は、その月の保険料は必要です。
- 資格喪失申請書を受理後、「資格喪失証明書」を送付いたします。
- 資格喪失申請書を受理後、該当の方には「保険料還付請求書」を送付いたします。

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 6 年 12 月 1 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)			年	月	日	
9 9 9 0	3 4 5 6 7	健保	花子	昭和 平成	6 2	1 1	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	〒 541 - 0048		自宅	06-xxxx-xxxx			
	① 大阪府大阪市中央区瓦町x-x-x		携帯	080-xxxx-xxxx			

①記入された住所が、今後の当組合からの郵送物送付先となります。

②後期高齢者医療制度の被保険者となったため資格喪失の場合は、②に✓してください。

③新しく取得した健保の組合名と記号番号をご記入ください。

④資格取得年月日 = 任意継続資格喪失日となります。資格取得日は後期高齢の資格情報のお知らせ等で確認

資格喪失事由 (該当箇所に ✓してください)	<input type="checkbox"/> 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	<table border="1"> <tr> <td>取得した健康保険の名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>取得した健康保険の記号・番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>資格取得年月日</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> </table>	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	<p><b>【添付書類】</b> 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)</p> <p><b>【返納するもの】</b> 当組合の資格確認書等 (被保険者、被扶養者分。交付を受けているとき)</p> <p>※紛失した場合は、別途「紛失届」が必要</p>
	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								
<input checked="" type="checkbox"/> ②後期高齢者医療制度の被保険者となったため	<table border="1"> <tr> <td>取得した健康保険の名称</td> <td>●● 都道府県 後期高齢者医療広域連合</td> </tr> <tr> <td>取得した健康保険の被保険者番号</td> <td>③ ●●●●-●●●●</td> </tr> <tr> <td>資格取得年月日</td> <td>④ 令和 ● 年 ● 月 ● 日</td> </tr> </table>	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	③ ●●●●-●●●●	資格取得年月日	④ 令和 ● 年 ● 月 ● 日		
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	③ ●●●●-●●●●								
資格取得年月日	④ 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>申出後に資格喪失を取り消すことはできません。</li> </ul>	<p><b>添付書類 不要</b> (当組合の資格確認書等は、資格喪失証明書が届いてから提出)</p>							

健 保 記 入 欄	資格喪失年月日		入力者
	還付	あり・なし	
	添付	証 資 枚 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