

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

被保険者(申出者)記入用

喪

申出書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

被保険者情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 1 0 0 0	番号	生年月日 年 月 日 ☐ 昭和 ☐ 平成
	氏名	(フリガナ)		
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 -) 都 道 府 県 TEL ()		

提出日(投函日) 令和 年 月 日

資格喪失の事由(該当項目に✓印を記入ください。)	資格喪失年月日	☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日
	☐ 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✓印した場合に記入ください	(1)再取得後の健康保険または船員保険の被保険者等記号・番号
		名 称
		所在地
		(2)適用事業所または船舶所有者の名称および所在地
		(3)資格取得年月日
		☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日
	☐ 申出により任意継続保険の資格を喪失したため	
	☐ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため	
上記に✓印した場合に記入ください	(1)後期高齢者医療の被保険者の被保険者番号	
	(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	
	☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日	
摘要欄		

◎ 注意事項

(2024.12)

- 資格を喪失した月の保険料納付は必要ありません。すでに保険料を納付している場合は、後日、「保険料還付請求書」を送付しますので、還付の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、その月の保険料納付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は、この申出書の提出の必要はありませんが、組合までご連絡ください。
- 被保険者の資格喪失とともに被扶養者でなくなる場合の被扶養者(異動)届は不要です。
- 上記の資格喪失の事由で「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」を選択した場合は、新たに交付された「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」のコピー(被扶養者を含めた全員分)を添付してください。

受付日付印