

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	抜者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

健康保険証の記号番号	記号 20 番号				
被保険者の氏名	カガナ		生年月日	昭和 平成	年 月 日
被保険者の住所	〒				
	電話番号 ()				
	携帯電話 ()				

下記の1から3の資格喪失事由により、任意継続の資格喪失の申出をいたします。

資格喪失事由 (該当項目に ✓印をご記入 ください)	※健保使用欄		資格喪失年月日 令和 年 月 日		
	<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				
	資格取得(就職)した健康保険または船員保険被保険者証の記号番号		記号	番号	
	適用事業所または船舶所有者の名称および所在地		名称		
			所在地		
	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				
	後期高齢者の健康保険被保険者証の被保険者番号		記号	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					
被扶養者の有無			あり () ・ なし		
備考欄					

受付日付印

【 添付書類と留意事項 】

喪失事由	添付書類	留意事項
1 または 2の方	<ul style="list-style-type: none"> ● 任意継続被保険者の被保険者証（被扶養者分を含む） * 高齢受給者証や限度額認定証、特定疾病療養受療などの交付を受けている場合は、併せてご提出ください。 ● 新たに取得した被保険者証のコピー 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 資格喪失年月日は、新たに取得した被保険者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。 注) 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す。
3の方	<ul style="list-style-type: none"> ● 任意継続被保険者の被保険者証（被扶養者分を含む） 【注：被保険者証等の添付について】 申出月の月末までは被保険者証を使用することができます。月末まで被保険者証を使用する予定がある場合は、この申出書に被保険者証は添付せず、申出月の翌月1日以降に健保組合業務一課あて送付ください。 (高齢受給者証なども同様となります。) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。