

健康保険 任意継続被保険者資格喪失 申出書



下記の①から③の資格喪失事由により、任意継続被保険者の資格を喪失するための申出書です。
(①から③以外の理由では、この申出書を提出することはできません。)

| | | | | | |
|----------------------------|----------|--------|------|------------|------------------|
| 被 保 険 者 情 報 | 被保険者証 記号 | 番号 | | | |
| | 氏名 | (フリガナ) | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 |
| | 住所 | 〒 | — | 都・道 府・県 | 電話番号 (日中の連絡先) |

▷ 該当する資格喪失事由に✓を付け、該当項目をご記入ください。

| | | |
|---|--|----------|
| 資 格 喪 失 事 由 | <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 | |
| | 再取得後の健康保険の 被保険者証の記号番号 | |
| | 適用事業所の名称 | |
| | 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 | |
| | 後期高齢者医療の被保 険者証の被保険者番号 | |
| 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 | | |

【添付書類と留意事項】

| 喪失事由 | 添付書類 | 留意事項 |
|------------|---|--|
| ①又は 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。 |
| 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】 ③が資格喪失事由の場合、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。 |

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。

| | |
|-------------|----------|
| 健保組合 記入欄 | 年 月 日 喪失 |
|-------------|----------|

マイナンバー記入欄（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。）

| |
|--------|
| マイナンバー |
|--------|

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。