

この申出書は、任意継続被保険者が、就職等により、本人として健康保険を取得した場合や、任意継続被保険者でなくなることを希望する場合(申し出による喪失)に必要となります。

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

提出年月日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

被 保 険 者 欄	記号・番号	記号	6	0	5	番号	1	2	3	4	生年月日	昭和 平成	○○年	○月	○日	
	(フリガナ) 氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎									電話番号	(自宅)	043(○○○)○○○○			
	住所	(〒	260		-	0031)		千葉県千葉市中央区新千葉3-2-6								

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

被保険者(本人)情報を記入してください。

資 格 喪 失 の 事 由 (該 当 項 目 に 印 を ご 入 力 し て く だ さ い 。)	<input checked="" type="checkbox"/>	健康保険または船員保険の被保険者資格を喪失する	(1) 資格喪失年月日	令和○○年○○月○○日	※下記に記入してください。
			(2) 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号	記号	△△△△
			(3) 適用事業所または船舶所有者の名称および所在地	名称: 株式会社○○	所在地: 千葉県千葉市中央区○○○1
			(4) 資格取得年月日	令和○○年○○月○○日	
	<input type="checkbox"/>	後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者となったため	(1) 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号		65~74歳の方で、一定の障害があることで、後期高齢者医療広域連合の認定を受けた方
			(2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称	名称: ()	後期高齢者医療広域連合
			(3) 資格取得年月日	令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/>	任意継続被保険者でなくなることを希望する ※当該申出書受理日の翌月1日が資格喪失日となります。	備考欄		

同じ年月日になります。申し出による喪失の場合は記入しない。

重要

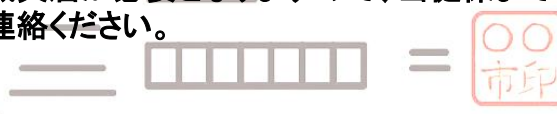
該当する項目に✓を記入してください。

新たに取得した健康保険証(本人分)の情報を記入してください。

健康保険

※新たに取得した被保険者証の写し(本人)をこの欄に貼ってください。

※被保険者証を紛失し、添付できない場合は、滅失届が必要となりますので、当健保までご連絡ください。



任意継続の資格喪失を申し出る方は、上記の新保険証の貼付は不要です。

組 合 記 入 欄 (被保険者証)						
被保険者	被扶養者					
本人						
添減未 回 付失収	添減未 回 付失収	添減未 回 付失収	添減未 回 付失収	添減未 回 付失収	添減未 回 付失収	添減未 回 付失収

受 付 日 付 印

新たに取得した健康保険証(本人分)の写しを貼付してください。
※任意継続の資格喪失日の確認のため必要となります。

◎裏面を必ずご覧ください。