

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	被保険者等	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						
	<table border="1"> <tr> <td>新たに取得した被保険者証の記号番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>適用事業所の名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>資格取得年月日</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> </table>	新たに取得した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
	新たに取得した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							
<table border="1"> <tr> <td>後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>都道府県後期高齢者医療広域連合の名称</td> <td>() 後期高齢者医療広域連合</td> </tr> <tr> <td>資格取得年月日</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> </table>	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	
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や資格確認書（被扶養者分を含む）* 交付を受けている場合のみ添付 * 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。 新たに取得した資格の資格取得日が確認できる書類（資格情報のお知らせ・資格確認書などのコピー） 	<ul style="list-style-type: none"> 資格喪失年月日は、新たに取得した資格の資格取得年月日になります。 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や資格確認書（被扶養者分を含む）* 交付を受けている場合のみ添付 【注：被保険者証や資格確認書等の添付について】 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や資格確認書は使用することができます。月末までに被保険者証や資格確認書を使用する予定がある場合は、この申出書に添付せず、申出月の翌月1日以降に健保組合業務課あてに送付してください。（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。但し、その月の保険料が未納の場合は、納付期日の翌日に資格喪失となります。 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せん。

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

マイナンバー記入欄（被保険者等記号・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。