

# 健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

常務理事	事務長	事務次長	担当者

被 保 者 欄	被保険者証の記号・番号	記号	5	0	0	0	番号	
	被保険者の生年月日	昭和・平成		年	月	日		
	被保険者の氏名	(フリガナ)						
		(氏)			(名)			
	被保険者の住所	郵便番号	-		電話	( )		

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

資 格 喪 失 に つ い て	資格喪失年月日	令和	年	月	日
	資格喪失の事由	<p><b>ア 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</b></p> <p>(1) 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 番号</p> <p>(2) 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 ( )</p> <p>(3) 資格取得年月日 (令和 年 月 日)</p> <p style="border: 1px solid red; padding: 2px;">※再就職先で新たに取得した被保険者証のコピーの添付をお願いします。</p>			
	アの場合は、再取得後の被保険者証の記号番号等を記入してください。	<p><b>イ この申出書が受理された翌月1日に資格喪失を希望するため</b></p> <p style="border: 1px solid red; padding: 2px;">①申出後の取消しはできませんのでご注意ください。 ②現在お持ちの当組合の保険証については、<b>申出後翌月1日以降</b>に必ずお返してください。</p>			
摘 要 欄					

※証回収欄	被保険者番号	0	0	続柄		続柄	
	添付・未回収・減失			添付・未回収・減失		添付・未回収・減失	
	続柄			続柄		続柄	
	添付・未回収・減失			添付・未回収・減失		添付・未回収・減失	

受付日付印

## 任意継続被保険者資格喪失申出書について

任意継続被保険者の方で、下記ア、イのいずれかに該当する場合、資格喪失申出書をご提出ください。

- ア 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得した
- イ 本人の申出により資格喪失を希望

### 【ご記入の注意点】

1. 「資格喪失年月日」は、アを選択した場合は、健康保険・船員保険または後期高齢者医療制度の被保険者となった日（新しい保険証の資格取得年月日）を記入してください。  
また、申出による資格喪失の場合は、翌月の1日を記入してください。
2. 「資格喪失の事由」欄の「ア」「イ」のいずれかを「○」で囲み、「ア」の場合、選択した項目の(1)～(3)に該当事項を記入してください。

### 【申出書に添付していただくもの】

#### 1. 資格喪失事由アを選択した場合

被保険者および被扶養者の方に当組合から交付されている全ての被保険者証の添付が必要です。

なお、高齢受給者証・限度額認定証等の交付を受けている場合は、それらも添付してください。

また、新たに健康保険に加入し発行された被保険者証の写しを併せてご提出ください。

#### 2. 資格喪失事由イを選択した場合（申出による資格喪失を希望）

被保険者および被扶養者の方に当組合から交付されている全ての被保険者証は、申出の翌月1日以降に組合あてお返しください。

なお、高齢受給者証・限度額認定証等の交付を受けている場合は、それらも併せて返却してください。

### 【ご注意】

喪失月の保険料の振込は必要ありません。既に保険料を納付していただいている場合は、「保険料還付請求書」を後日郵送いたしますので必要事項記載のうえ、ご提出ください。ただし、資格取得と喪失が同月の場合は保険料が発生しますので、保険料の還付はありません。

※ ご不明な点がございましたら、健康保険組合までお問い合わせください。