

健康保険

任意継続被保険者資格喪失申出書

常務理事	事務局長	部長	課長	扱者	

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	記号	9900	番号	3XXXX
	氏名	(フリガナ)	ウラワ カズノリ	生年月日	昭和 32年 2月 20日 平成
	住所	〒110 - 0016	東京	〒：道 府：県	台東区台東〇-〇-〇 電話番号 (日中の連絡先) 090 (XXXX) XXXX

▷ 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 checked="" type="checkbox"/> ① 健康保険（又は船員保険）の被保険者資格を取得したため	再取得後の健康保険等の被保険者の記号番号	1XXXX・1234	適用事業所の名称	イロハニ 株式会社	資格取得年月日	令和 7年 12月 1日	健保組合 記入欄	令和 年 月 日 喪失
	<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	健保組合 記入欄	令和 年 月 日 喪失
	<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					資格取得年月日	令和 年 月 日	健保組合 記入欄	令和 年 月 日 喪失

【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資格確認書や限度額認定証などの交付を受けている場合は添付してください。(被扶養者分を含む)新たに取得した資格情報のお知らせ(資格情報通知書)又は資格確認書のコピー	<ul style="list-style-type: none">資格喪失年月日は、新たに取得した健康保険等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資格確認書や限度額認定証などの交付を受けている場合は添付してください。(被扶養者分を含む)* 申出月の月末までは被保険者資格は有効です。資格確認書などの交付を受けている場合は、この申出書に添付せず、申出月の翌月1日以降に当健保組合業務課あてに送付してください。	<ul style="list-style-type: none">資格喪失年月日は、この申出書を当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。なお、資格喪失通知書は、<u>喪失日以降に送付します。</u>保険料は、この申出書を当健保組合が受理した日の属する月分までかかります。* <u>申出後にこの資格喪失を取り消すことはできません。</u>

【その他留意事項】

- 資格喪失した月の保険料は必要ありません。すでに保険料を納付していただいている場合は、後日「還付請求書」をお送りいたしますので、還付請求してください。ただし、資格取得した月と資格喪失した月が同じ月の場合は、1カ月分の保険料が必要となりますので、保険料の還付はありません。
- 被保険者が亡くなられた場合には、この申出書を提出する必要はありません。資格確認書等は埋葬料(費)の請求をされる際に添付して返却してください。

受 理 日 付 印