# 任意継続被保険者　資格喪失申出書

下記のとおり資格喪失を申出ます。　　令和　　年　　月　　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 被保険者の<br>記号・番号 | （記号）<br>８８８８ | （番号） |
| 2 | 氏　　名 | | |
| 3 | 生 年 月 日 | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日 | |
| 4 | 住　　所 | 〒　　－　　<br>都 道<br>府 県 | TEL（日中の連絡先）　　（　　） |

| | | |
|---|---|---|
| 5 | **資格喪失事由**<br><br>**ア、イ、ウの該当するものを「〇」で囲み、資格取得した日付等を記入してください。** | **ア　健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため**<br>（１）適用事業所または船舶所有者の名称及び所在地<br>名称（　　）<br>（２）資格取得年月日（　令和　　年　　月　　日　） |
| | | **イ　後期高齢者医療制度の被保険者となったため**<br>（１）都道府県後期高齢者医療広域連合の名称<br>（　　後期高齢者医療広域連合）<br>（２）資格取得年月日（　令和　　年　　月　　日　） |
| | | **ウ　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 |
|---|---|---|
| ア又はイ | ◎任意継続被保険者の被保険者証等（被扶養者分を含む）<br>※資格確認書、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返却ください。<br>◎新たに取得した健康保険の資格情報のお知らせ(資格情報通知書)、資格確認書のいずれかのコピー | ◎資格喪失年月日は、新たに取得した健康保険の資格取得年月日となります。<br>◎保険料は、資格喪失月の前月分までとなります。<br>◎資格情報のお知らせは「保険者番号」「記号・番号」が判別できないようにマスキング（塗り潰す等）して、送付してください。 |
| ウ | ◎任意継続被保険者の資格確認書（被扶養者分を含む）<br>＜（注）被保険者証等の添付について＞<br>申出月の月末までは資格確認書等を使用することができます。月末までに資格確認書等を使用する予定がある場合には、この申出書に被保険者証は添付せず、申出月の翌月１日以降に健保組合宛に送付してください。<br>（高齢受給者証なども同様となります。） | ◎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。<br>◎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。<br>◎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。

受付日付印

| | |
|---|---|
| 健保組合<br>記入欄 | 令和　　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。

R6.12改訂