

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書 記入の手引き

再就職等により任意継続の加入者でなくなる場合、またはお申し出により任意継続の加入をお辞めになる場合に 使用ください。

申請書は1ページです。漏れなく正確にご記入ください。

添付書類をご用意ください。

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書		(表)
再就職等により任意継続の加入者でなくなる場合、またはお申し出により任意継続の加入をお辞めになる場合に使用ください。 なお、記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」をご確認ください。		
被保険者 (申出者) 情報	記号・番号 (マイナンバー)	1. 期 2. 年 3. 月 4. 日
	氏名 (カタカナ)	姓と名の間は1マスずつご記入ください。漢字(〃)、平漢字(〃)は1字としてご記入ください。
	氏名	姓と名の間は1マスずつご記入ください。漢字(〃)、平漢字(〃)は1字としてご記入ください。
	郵便番号 (4桁除く)	〒 〇〇〇〇 〇〇〇〇
	住所	〒 〇〇〇〇 〇〇〇〇
資格喪失の事由	提出日 (提出日)	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	資格喪失事由 (漢数字をご記入ください)	☐ 1. 再就職により健康保険の被保険者資格を取得したため ☐ 2. 再就職等により船員保険の被保険者資格を取得したため ☐ 3. 申出により任意継続健康保険の資格を喪失するため(国民健康保険への加入、被扶養者としての加入) ☐ 4. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(75歳到達) ☐ 5. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(障害認定) ☐ 6. 死亡したため
	資格喪失年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 記入上の注意 ・資格喪失事由が1・2の場合・・・再就職先等で新たに社会保険に加入した年月日(資格取得年月日)をご記入ください。 ・資格喪失事由が3の場合・・・提出日の属する月の翌月1日をご記入ください。 ・資格喪失事由が4の場合・・・後期高齢者医療制度に加入した年月日(75歳の誕生日)をご記入ください。 ・資格喪失事由が5の場合・・・後期高齢者医療制度に加入した年月日(認定年月日)をご記入ください。 ・資格喪失事由が6の場合・・・亡くなった日の翌日をご記入ください。また、下記に亡くなった被保険者の氏名をご記入ください。 資格喪失事由【6死亡したため】を選んだ場合のみご記入ください 氏名 〇〇〇〇 〇〇〇〇 姓と名の間は1マスずつご記入ください。漢字(〃)、平漢字(〃)は1字としてご記入ください。
	亡くなられた被保険者の氏名	氏名 〇〇〇〇 〇〇〇〇 姓と名の間は1マスずつご記入ください。漢字(〃)、平漢字(〃)は1字としてご記入ください。
社会保険労務士の提出代行名記入欄		交付日印

被保険者ご自身(被保険者死亡の場合は申出者)がご記入ください。

【お手元にお持ちの場合のみ】

- ◆資格確認書
- ◆高齢受給者証
- ◆限度額適用認定証
- ◆限度額適用・標準負担額減額認定証
- ◆特定疾病療養受療証

被扶養者がいる場合は、被扶養者にかかる上記全ての証書を併せて添付してください。

資格喪失の事由が「申出により任意継続健康保険の資格を喪失するため」の場合は、申出日の翌月1日(資格喪失日)以降に上記すべての証を返却してください。

注意事項

◆保険料について

資格を喪失した月以降の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」を送付しますので、還付の請求をしてください。

資格取得した月と資格喪失した月が同じ月の場合は、その月の保険料の納付が必要となりますので、その月分の還付はありません。

◆被保険者の方が亡くなられた場合について

埋葬料(費)支給申請書も併せてご提出ください

◆被扶養者がいる場合について

被保険者の資格喪失とともに被扶養者でなくなる方がいる場合の被扶養者(異動)届の提出は不要です。

記入例 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

・申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。→

・生年月日、日付が一桁の場合は、左のマスを0で埋めてください。

・訂正される場合は、訂正箇所を二重線で消し、枠外に正しい内容をご記入ください。

記入見本	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ア	イ
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

1

資格情報のお知らせ
に記載されている記号
と番号をご記入ください。
※枝番は記入不要です。

資格情報のお知らせ					
記号	1234567	番号	123456	枝番	00
氏名	キョウカイ タロウ 協会 太郎				
生年月日	昭和 61年 1月 22日				
資格取得年月日	令和 6年 10月 1日				
保険者番号	01234567				
保険者名称	市光工業健康保険組合				

2

被保険者のマイナンバーは、①の
記号と番号が不明の場合のみご記
入ください。

3

被保険者の氏名と氏名(カタカナ)
を必ずご記入ください。被保険者
が死亡したことによる申出の場合、
氏名、住所は申出される方の
ものを、生年月日は被保険者のも
のをそれぞれにご記入ください。

4

郵便の投函日または市光けんぽの窓口に提出を行った
日をご記入ください。

5

被保険者が死亡したことによる申出の場合は、被保険者
の氏名をご記入ください。

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

喪

再就職等により任意継続の加入者でない場合、またはお申し出により任意継続の加入をお辞めになる場合にご使用ください。
なお、記入方法および添付書類等に「記入の手引き」をご確認ください。

被 保 険 者 (申 出 情 報	記号・番号	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
		1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6	1 6 1 年 0 1 月 2 2 日
	個人番号 (マイナンバー)	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)をご記入は必要ありません。記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。		
	氏名 (カタカナ)	キョウカイ タロウ		
	氏名	協会 太郎		
3	郵便番号 (〒777除く)	1 5 0 0 0 0 0	電話番号 (左づめ077除く)	0 9 0 △ △ △ △ × × × ×
	住所	東京 港区〇〇 1-1 △△マンション101		

資 格 喪 失 の 事 由	提出日 (投函日)	令和 0 7 年 1 0 月 2 5 日
	資格喪失事由 (該当の数字をご記入ください)	1. 再就職により健康保険の被保険者資格を取得したため 2. 再就職等により船員保険の被保険者資格を取得したため 3. 申出により任意継続保険の資格を喪失するため(国民健康保険への加入、被扶養者としての加入) 4. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(75歳到達) 5. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(障害認定) 6. 死亡したため
	資格喪失年月日	令和 0 7 年 1 0 月 0 1 日
5	亡くなられた被保険者の氏名	記入上の注意 ・資格喪失事由が1・2の場合・・・再就職先等で新たに社会保険に加入した年月日(資格取得年月日)をご記入ください。 ・資格喪失事由が3の場合・・・提出日の属する月の翌月1日をご記入ください。 ・資格喪失事由が4の場合・・・後期高齢者医療制度に加入した年月日(75歳の誕生日)をご記入ください。 ・資格喪失事由が5の場合・・・後期高齢者医療制度に加入した年月日(認定年月日)をご記入ください。 ・資格喪失事由が6の場合・・・亡くなった日の翌日をご記入ください。また、下記に亡くなられた被保険者の氏名をご記入ください。 資格喪失事由【6.死亡したため】を選んだ場合のみご記入ください
	氏名 (カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄

受付日付印