

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

健康保険の被保険者または後期高齢者医療制度の被保険者になったときなど、健康保険任意継続の被保険者資格を喪失する際にご提出ください。

申出書は1枚です。
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。

- 今まで使用していた任意継続の保険証(扶養家族分を含む)を添付してください。
- また、高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けている場合は、それらもあわせて添付してください。

被保険者ご自身がご記入ください。

注意事項

- 保険料について
資格を喪失した月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
被保険者の方が亡くなられた場合は、この申出書の提出は必要ありません。
保険証等は埋葬料(費)の請求をされる際に添付してください。
- 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。

次ページに記入例があります。➡



記入例

任意継続被保険者 資格喪失 申出書

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。

TEL 03(XXX)XXXX(健保)

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

被保険者(申出者)記入用

喪

記入方法および添付書類等については、「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」をご確認ください。
申出書は、指書で枠内に丁寧に記入ください。

記入用紙 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

1 記号・番号は、任意継続の保険証に記載されています。

本人(健康保険) 平成28年 4月12日 交付
健康保険 被保険者証 記号 番号 東京健康保険組合
氏名 性別 年齢 生年月日 平成28年4月1日
資格取得年月日 平成28年4月1日
住所 東京都千代田区千代田1-1-1
電話番号 03-XXXX-XXXX
所属する市町村 市光工業健康保険組合

2 新たに健康保険、船員保険、後期高齢者医療制度の被保険者となった日(資格取得年月日)をご記入ください。

3 保険証を添付できない場合はその旨をご記入ください。

被保険者証の (左側)	記号 1 5 0 0 0 0 0 1 3	番号 4 0 0 0 0	生年月日 年 月 日 昭和 平成 令和 5 0 0 3 0 5
氏名・印	ケンボ タロウ 健保 太郎		
住所	(〒105-0000) 東京 港区 1-1 △△マンション101		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (XXXX)XXXX		

資格喪失年月日	☐ 平成 ☒ 令和 1 年 7 月 1 日	2
☒ 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		
上記を印した日(健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号)	3010203-321	
(2) 適用事業所または船舶所有者の名称および所在地	株式会社 協会商事 所在地 東京都千代田区△△ 1-1	
(3) 資格取得年月日	☐ 平成 ☒ 令和 1 年 7 月 1 日	
☐ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため		
(1) 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号		
(2) 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	
(3) 資格取得年月日	☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	
摘要欄 3	健保花子(昭和51年10月22日生まれ) 外食した際、保険証の入った財布を置き忘れ、行方がわからなくなった。	

上記の事由に該当するため、申出します。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
様式番号	1

交付日付印
