

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

●申出書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者等の (左づめ)	4 0	2 3 4	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	5 0 0 5 0 5	
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健 保 太 郎				
	住所	(〒 942 - 0157) 新潟 都 道 府 県 上越市頸城区城野腰5555				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 025 (530) 5555					

提出日(投函日) 令和 年 月 日

資格喪失者の事由(該当項目に✓印を記入ください。)	資格喪失年月日	令和 6 年 4 月 1 日
	☒ ①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	
	上記に✓印した場合に記入ください	
	(1) 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者等の記号番号	10-9999
	(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 ○○○電子工業(株) 所在地 上越市○○○△△△番地
	(3) 資格取得年月日	令和 6 年 4 月 1 日
	☐ ②後期高齢者医療制度の被保険者となったため	
	上記に✓印した場合に記入ください	
	(1) 後期高齢者医療の被保険者等の被保険者番号	
	(2) 都道府県後期高齢者医療広域連合会の名称	() 後期高齢者医療広域連合
(3) 資格取得年月日	令和 年 月 日	
☐ ③任意継続被保険者が死亡したため		
☐ ④申出により任意継続保険の資格を喪失したため		

常務理事	係

受付日付印

【 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	● 直電の資格確認書等（被扶養者分を含む） ● 新たに加えた資格確認書または資格情報のお知らせの写し	○ 資格喪失年月日は、新たに社会保険に加入した年月日（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。 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。
③の方	● 直電の資格確認書等（被扶養者分を含む） ● 死亡診断書・死体検案書・埋葬許可証または火葬許可証の写しのいずれか	○ 資格喪失年月日は、死亡日の翌日となります。 ○ 保険料は、資格喪失月の前月分までとなります。 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。
④の方	● 直電の資格確認書等（被扶養者分を含む） 【注：資格確認書等の添付について】 ④が資格喪失事由の場合、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は、この申出書に資格確認書等は添付せず、申出月の翌月 1 日以降に健保組合あてに送付してください。	○ 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。 ○ 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。 ○ 申出後にこの資格喪失を取り消すことはできません。