＜記入例＞

健康保険任意継続被保険者
資格喪失申出書

常務理事	事務長	担当者

令和　6　年　1　月　10　日

被保険者情報						
被保険者記号番号	記号	9999	被保険者氏名	健保　花子		被扶養者（数）（有・無）人
	番号	123	生年月日	昭和・平成　60　年　6　月　1　日		
被保険者住所	〒 541-0000 大阪市○○区○○1-2-3　TEL　090　－　1234　－　5678					

資格喪失の理由（該当するものに✓）		
☑	1.　就職等により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 【該当する方は下の欄をご記入のうえ、新しい資格が確認できるもののコピーを添付してください】	
資格取得した健康保険の名称及び所在地	名称	○○○○健康保険組合
	所在地	大阪市○○区○○1-1-1
資格取得した健康保険の記号番号	記号 1234	番号 5678
資格取得年月日	令和　6　年　1　月　1　日	
☐	2.　75歳未満で後期高齢者医療制度の被保険者になったため	
資格取得年月日	令和　年　月　日	
☐	3.　被保険者が死亡したため	
死亡した年月日	令和　年　月　日	
☐	4.　任意継続被保険者資格を喪失することを希望するため 【国保加入、家族の被扶養者認定を受ける場合はこちらをご選択ください】	
備　考		

資格喪失証明書の発行について	要　・　不要

【1．2．3の添付書類】
- 任意継続被保険者証または資格確認書（被扶養者分含む）　※いずれも交付していない方は不要
- 新しい資格が確認できるもののコピー（被保険者分のみ）　※1．2のみ

【4．の留意事項】
- 資格喪失日は、資格喪失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。
- 資格喪失申出書を健保組合が受理した日の属する月分まで保険料がかかります。
- 保険証（資格確認書）は資格喪失後にご返却ください。
- 申出後に資格喪失を取り消すことはできません。

資格喪失後は任意継続の保険証（資格確認書）は使用できませんので、必ずご返却ください。
誤って使用された場合は医療費の返還請求することになりますのでご注意ください。
また、紛失等により保険証（資格確認書）を返納できない場合は当組合までご連絡ください。

受付日付印

個人番号（マイナンバー）												

※被保険者記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入不要

R6.12改訂