

|      |      |    |    |    |
|------|------|----|----|----|
| 常務理事 | 事務局長 | 課長 | 係長 | 扱者 |
|      |      |    |    |    |

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

下記の①から③の資格喪失事由により、任意継続被保険者の資格を喪失するための申出書です。  
(①から③以外の理由では、この申出書を提出することはできません)

|   |         |         |    |     |      |                             |                            |                            |
|---|---------|---------|----|-----|------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 被保険者情報  | 記号      | 3 0 0 0 | 番号 |     | 生年月日 | 年                           | 月                          | 日                          |
|   | 被保険者証の  |         |    |     |      | <input type="checkbox"/> 昭和 |                            |                            |
|   |         |         |    |     |      | <input type="checkbox"/> 平成 |                            |                            |
| ※被保険者証の記号番号がご不明な場合には、裏面にマイナンバーを記載し、ご本人確認の為、裏面に記載された書類を添付してください。 |         |         |    |     |      |                             |                            |                            |
| 氏名  |         |         |    |     |      |                             | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 女 |
| 住所  | (〒 - )  |         |    | 都 道 |      |                             |                            |                            |
| 電話番号  | TEL ( ) |         |    | 府 県 |      |                             |                            |                            |
| (日中の連絡先)  |         |         |    |     |      |                             |                            |                            |

▷該当する資格喪失事由に✓を付け、該当項目をご記入ください。

|        |   |                 |
|--------|---|-----------------|
| 資格喪失事由 | <input type="checkbox"/> 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 |                 |
|        | (1)再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号                      |                 |
|        | (2)適用事業所の名称   |                 |
|        | (3)資格取得年月日  | 令和 年 月 日        |
|        | <input type="checkbox"/> ②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  | 令和 年 月 日        |
|        | <input type="checkbox"/> ③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  |
|--------|--|---|
| ①又は②の方 | <b>●任意継続被保険者の被保険者証（被扶養者分を含む）</b><br>※高齢受給者証や限度額適用認定証などの交付を受けている場合は、併せてご提出ください。<br><b>●新たに取得した被保険者証の写し</b>  | ○資格喪失年月日は、新たに取得した被保険者証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。   |
| ③の方    | <b>●任意継続被保険者の被保険者証（被扶養者分を含む）</b><br>【注：被保険者証等の添付について】<br>③が資格喪失事由の場合、申出月の月末までは被保険者証を使用することができます。月末まで被保険者証を使用する予定がある場合は、この申出書に被保険者証は添付せず、申出月の翌月1日以降に当組合業務第1課あてに送付してください。<br>(高齢受給者証等も同様となります) | ○資格喪失年月日は、この申出書を当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、この申出書を当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、資格喪失月の保険料はかかります。

|            |
|------------|
| 当組合記入欄     |
| 令和 年 月 日喪失 |

|       |
|-------|
| 受付日付印 |
|-------|

|                       |
|-----------------------|
| 社会保険労務士の<br>提出代行者名記載欄 |
|-----------------------|

被保険者のマイナンバー記載欄

(表面の被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

被保険者の記号番号が不明のため、マイナンバーを記載した場合

**被保険者の記号番号がご不明な場合のみ**被保険者のマイナンバーをご記入ください。

(被保険者情報の記号番号を記入している場合は、記入不要です。)

被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です※。マイナンバーを記載しなかった場合は、添付の必要はありません。

⑦①どちらも、申出書裏面に添付してください。

⑦身元確認を行うための書類 (いずれか1点)

- ・被保険者のマイナンバーカード (表面) のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、  
その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー

①番号確認を行うための書類 (いずれか1点)

- ・被保険者のマイナンバーカード (裏面) のコピー、マイナンバーの通知カードのコピー (記載  
情報と現況に相違のないもの)、被保険者のマイナンバーが記載された住民票か住民票記載事項  
証明書

※行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。

貼付欄

|  |
|--|
|  |
|--|