常務理事	事務長	部　長	課　長	担当者

健康保険　任意継続被保険者　資格喪失申出書

1	被保険者等の記号及び番号	2	0	－			
2	被保険者の氏名	(氏)		(名)			
3	生　年　月　日	昭和・平成	年	月	日		
4	住　　所	〒　　－ 電話番号　（　　）　　－					
備考欄※1							

※1 被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です）

次のとおり届け出します。

5	資格喪失年月日	令和	年	月	日	
6	資格喪失の事由	1. 健康保険（船員保険）の被保険者資格を取得したため※2 ⑴ 再取得後の健康保険被保険者等の記号番号 （　　－　　） ⑵ 適用事業所の名称及び所在地 名　称（　　） 所在地（　　） ⑶ 資格取得年月日 （令和　　年　　月　　日） 2. 後期高齢者医療制度に加入したため 加入年月日 （令和　　年　　月　　日） 3. 任意継続被保険者でなくなることを希望するため（裏面※3を参照）				

※2 再取得後の「資格確認書」または「資格情報のお知らせ」のコピーを添付して下さい。

令和　　年　　月　　日　提出

受付日付印

※3「任意継続被保険者でなくなることを希望するため」に○を入れる場合、下記の事項をお読みいただき、ご理解いただいた上でご提出願います。

□　資格喪失日は、この申出を当組合が受理した日の属する月の翌月１日になります。
□　上記資格喪失日の前日までは被保険者の資格がありますので、被保険者証、資格確認書は申出書に添付せず、資格喪失日以降速やかに返納ください。
□　この申出書が受理された日の翌月１日以降は、お持ちの被保険者証、資格確認書はお使いいただけませんのでご注意ください。
□　申出後に取り消しはできません。
□　翌月１日以降に「任意継続被保険者　資格喪失通知書」をお送りいたします。

【その他の留意事項】

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一緒にご返却ください。

被保険者証、資格確認書を紛失してしまった場合は「健康保険被保険者証紛失（滅失）届」「資格確認書滅失届」の提出が必要となりますので、当健康保険組合へお申出ください。（ＴＥＬ　078-360-5131）