



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。

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書 (被保険者(申出書)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」までご確認ください。
申出書は、裏のボールペン等を使用し、黒書きで特記した事項に記入してください。 (記入欄) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A B C D E F

被保険者の氏名 (フリガナ) _____
住所 (〒 _____) 市 区 町 丁目 _____
電話番号 (日中の連絡先) TEL (_____) _____
提出日 (提出日) 年 月 日

資格喪失年月日 ☐ 平成 _____ 年 月 日 ☐ 令和 _____ 年 月 日

☐ 健康保険または任意継続の被保険者資格を喪失したため

(1) 喪失後の健康保険または任意継続の被保険者番号 (_____)
(2) 退職事由または退職後経過措置による資格喪失理由 (_____)
(3) 資格取得年月日 ☐ 平成 _____ 年 月 日 ☐ 令和 _____ 年 月 日

☐ 申出により任意継続健康保険の資格を喪失したため

☐ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため

(1) 後期高齢者医療制度の被保険者番号 (_____)
(2) 前通付後期高齢者医療広域連合の名称 (_____)
(3) 資格取得年月日 ☐ 平成 _____ 年 月 日 ☐ 令和 _____ 年 月 日

署名欄

被保険者ご自身がご記入ください。

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。

※ただし、資格喪失の事由が「申出により任意継続健康保険の資格を喪失したため」の場合は、申出日の翌月1日(資格喪失日)以降に保険証、高齢受給者証、限度額適用認定証等を返却してください。

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った場合について
被保険者の方が亡くなった場合は、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。➡

ご提出・お問い合わせ先



検索



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。

1 記号番号は、任意継続の保険証に記載されています。



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場合は、被保険者となった日(資格取得年月日)を、申出により資格喪失する場合は、申出日の翌月の1日を記入してください。

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。
※申出により資格喪失する場合は記入不要です。

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、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

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

提出日(投函日) 令和1年7月5日

資格喪失の事由(該当項目に「印」を記入ください。)	資格喪失年月日	☐ 平成 ☒ 令和	1 年 7 月 1 日
	☒ 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	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	名称	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
	☐ 申出により任意継続保険の資格を喪失したため		
	☐ 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。		

被保険者のマイナンバー記載欄

被保険者証の記号番号が不明の場合にご記入ください。

記入した場合は、本人確認書類及び貼付台紙の添付が必要となります。(詳細は「記入の手引き」をご覧ください。)

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

様式番号

協会使用欄

1

1

受付日付印 (2022. 1)

1 / 1

4 被保険者の記号番号が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。
(①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。※1 貼付台紙※2 に ⑦ ① どちらも貼付し、申出書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)

- 被保険者の個人番号カード(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)

- 被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、個人番号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)、
被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

※1 行政手続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。