

# 任意継続被保険者 資格喪失申出書 記入例

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

下記の①～③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。  
(①～③以外の理由でこの申出書を提出することはできませんのでご注意ください。)

被 保 険 者 情 報	被保険者証の 記号番号	① 記号 999 番号 1234		
	フリガナ	カトウ タロウ	生年月日	令和 50年4月5日 平成
	氏名	関東 太郎		
	現住所	〒110-**** 東京 (都) 台東区 府・県	〇〇X-X □□マンションXX号	電話番号

●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	
	◆再取得(就職)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 記号 **** 番号 ****
	◆適用事業所または船舶所有者の名称	△△△産業(株)
	◆資格取得年月日	令和 3 年 4 月 1 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	
	◆後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号	③
	◆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
	◆資格取得年月日	令和 年 月 日
<input checked="" 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		

【資格喪失事由①または②の方の添付書類】

- ・新たに取得した被保険者証のコピー
- ・当組合が交付している被保険者証(高齢受給者証、限度額認定証等交付を受けている方はすべてご提出ください。)

★【資格喪失事由③の方の留意事項】

- ・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。
- ・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がかかります。
- ・被保険者証は、この申出書に添付しないでください。(翌月1日以降に当組合に送付してください。)
- ・申出後にこの資格喪失を取り消すことはできません。

受付年月日

組合記入欄	令和 年 月 日 喪失 (還付: 有・無)
-------	-----------------------

提出先 〒110-8639 東京都台東区東上野1-13-14  
関東百貨店健康保険組合 業務第一課

TEL 03-3833-6141 ※ご不明な点がございましたら当組合までご連絡ください。

① 記号・番号は被保険者証に記載されています。

② 就職先で新しく取得された被保険者証を確認のうえご記入ください。

③ 被保険者の方が後期高齢者医療制度の被保険者となったことを理由に資格を喪失する場合にご記入ください。

④ ★【資格喪失事由③の方の留意事項】をよく読んでからご申請ください。

### 保険料について

資格喪失事由①または②の方の保険料は、資格喪失月の前月分までとなります。還付が発生する場合は、後日「還付請求書」を送付いたします。資格喪失事由③の方の保険料は、この申出書を当組合が受理した日の属する月分までがかかります。

### 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。被保険者証のみご返却ください。

### 添付書類

資格喪失事由①または②の方の添付書類は、新たに取得した被保険者証のコピーと、当組合が交付している全ての被保険者証です。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方は全て添付してください。

資格喪失事由③の方の添付書類はありません。資格喪失日(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)以降に、当組合が交付している全ての被保険者証、高齢受給者証等をご返却ください。