○○健康保険組合理事長　殿

記入例

提出（投函）日：令和　4年　4月　1日

健康保険任意継続資格喪失申出書

被保険者情報	被保険者証の番号	氏　　名	生 年 月 日
	9 0 1 － 9 9 9	健保　太郎	昭和（○）平成　30年　1月　1日
	住所および日中の連絡先（電話番号）	（〒413－0011　）　電話0557（　84　）○○○○ 静岡県熱海市○○町○番○号	

資格喪失の事由（□に✓）

- ☑ 就職に伴い、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
- ☐ 75歳に到達し、後期高齢者医療制度の被保険者となったため
- ☐ この申し出により、任意継続保険の資格を喪失したい
- ☐ 上記以外の事由：

この申し出による喪失の場合は以下記入不要で

就職または後期高齢者として喪失の場合は、下記の項目

新しく取得した被保険者証の記号番号（後期高齢者は被保険者番号）	1234－123 （後期高齢者の場合は8桁の番号）	
適用事業所または船舶所有者の名称および所在地（後期高齢者は広域連合の名称のみ）	名　称	株式会社○○ （後期高齢者の場合は都道府県）
	所在地	静岡県○○市○○町○○ （後期高齢者の場合は記載不要）
資格取得年月日	令和　4年　3月　1日	※資格取得年月日が任意継続の資格喪失日となります。

注意事項

①健康保険証・高齢受給者証・限度額適用認定証等は家族分を含め全て返却してください。
　※就職等の場合はこの書類に添付、この申し出により喪失する場合は喪失日以降速やかに。
②就職の場合は「新しい保険証の写し」を添付してください（資格取得証明書等でも可）。
③この申し出により喪失する場合は申出書を健保が受理した日の翌月1日が喪失日となります。
　※ 提出（投函）日が下旬の場合、健保到着が翌月となり、喪失日が翌々月となることがあります。
④本人死亡等により代理人が申し出する場合は下に代理人について記入してください。
⑤本人死亡の場合は死亡日の分かる証明書を添付してください。
　※（ただし、埋葬料（費）の請求をされる場合はそちらに添付し、本書には不要です）

代理申出者	氏　　名	生 年 月 日	被保険者との関係（続柄）
		昭和（　）平成　年　月　日	
	住　所 日中の連絡先（電話番号）	（〒　－　）　電話　（　）	
	代理する理由		

うかがい	常務理事	事務長	担当者	

受付日