

常務理事	事務長

記入見本（就職）

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書（就職）

被保険者証 記号番号	記号 100	番号 6000							
被保険者 氏名	神戸 太郎		生年月日	昭・平 10年 1月 1日					
住所 電話番号	〒000-0000 〇〇県〇〇市△△区××123-45-678号室 TEL 090 (1234) 5678								
振込先 (保険料の返金がある場合記入)	被保険者口座名義 (カタカナ) コウベ タロウ		種別	普通 ()					
	〇〇銀行		口座番号	1	2	3	4	5	6
		〇〇支店		(右詰で記入)					

資格喪失の事由（該当事由の□に✓をご記入ください。）

資格喪失 年月日	令和 5年 5月 1日	新しい会社の保険証の資格取得年月日と同じ
-------------	-------------	----------------------

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

【添付いただくもの】任意継続被保険者証と「新しい“資格情報のお知らせ”のコピー」をお送りください。

上記に ✓した 場合 に 記入	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	1234-56789
	適用事業所または 船舶所有者の名称および所在地	名称 〇〇〇〇株式会社 所在地 東京都〇〇区××987-654
	資格取得年月日	令和 5年 5月 1日

被保険者による任意の資格喪失を申し出るため

後期高齢者医療制度の被保険者となったため

上記に ✓した 場合 に 記入	後期高齢者医療の被保険者証の 被保険者番号	
	都道府県後期高齢者医療 広域連合の名称	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

摘要欄

資格喪失証明書の発行は必要ですか（該当の□に✓をご記入ください。）

必要としない 必要とする

※国民健康保険の加入等には必要になります

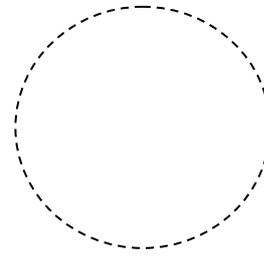
令和 5年 5月 10日

上記の事由に該当するため、申出します。

【送付の際のお願い】紛失防止のために配達記録の取得できる方法でお送りください。

常務理事	事務長

記入見本（任意脱退）



健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被保険者証 記号番号	記号 100	番号 6000							
被保険者 氏名	神戸 太郎		生年月日	昭 和 10年 1月 1日					
住所 電話番号	〒000-0000 〇〇県〇〇市△△区××123-45-678号室 TEL 090 (1234) 5678								
振込先 (保険料の返金がある場合記入)	被保険者口座名義 (カタカナ) コウベ タロウ		種別	普通 ()					
	〇〇銀行		口座番号	1	2	3	4	5	6
		〇〇支店		(右詰で記入)					

資格喪失の事由（該当事由の□に✓をご記入ください。）

資格喪失 年月日	令和 5年 2月 1日	資格喪失年月日は電話による申出が 受理された日の翌月 1日
<input type="checkbox"/> 健康保険または船員保険の被保険者資格を喪失したため		

上記に ✓した 場合に 記入	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	名称
	適用事業所または 船舶所有者の名称および所在地	所在地
	資格取得年月日	令和 年 月 日

被保険者による任意の資格喪失を申し出るため

【添付いただくもの】任意継続被保険者証をお送りください。添付が無い場合は喪失証明書の発行ができません

後期高齢者医療制度の被保険者となったため

上記に ✓した 場合に 記入	後期高齢者医療の被保険者証の 被保険者番号	名称 () 後期高齢者医療広域連合
	都道府県後期高齢者医療 広域連合の名称	
	資格取得年月日	令和 年 月 日

摘要欄

資格喪失証明書の発行は必要ですか（該当の□に✓をご記入ください。）

必要としない 必要とする

※国民健康保険の加入等には必要になります

令和 5年 1月 13日

上記の事由に該当するため、申出します。

【送付の際のお願い】紛失防止のために配達記録の取得できる方法でお送りください。

常務理事	事務長

記入見本（後期高齢者）

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被保険者証 記号番号	記号 100	番号 6000		
被保険者 氏名	東京 花子		生年月日	昭・平 23年 11月 4日
住所 電話番号	〒000-000 〇〇県〇〇市△△区××123-45-678号室 TEL 090 (1234) 5678			
振込先 (保険料の返金がある場合記入)	被保険者口座名義 (カタカナ)	種別	普通 ()	
	銀行	口座番号		

振込先記入不要

資格喪失の事由（該当事由の□に✓をご記入ください。）

資格喪失 年月日	令和 5年 11月 4日	75歳の誕生日と同日になります
-------------	--------------	-----------------

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

上記に ✓した 場合に 記入	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	名称
	適用事業所または 船舶所有者の名称および所在地	所在地
	資格取得年月日	令和 年 月 日

被保険者による任意の資格喪失を申し出るため

後期高齢者医療制度の被保険者となったため

【添付いただくもの】任意継続被保険者証を添付してお送りください。保険証到着後、喪失証明書の発行となります

上記に ✓した 場合に 記入	後期高齢者医療の被保険者証の 被保険者番号	1234-56789
	都道府県後期高齢者医療 広域連合の名称	名称 (〇〇県) 後期高齢者医療広域連合
	資格取得年月日	令和 5年 11月 4日

摘要欄

資格喪失証明書の発行は必要ですか（該当の□に✓をご記入ください。）

必要としない 必要とする

※国民健康保険の加入等には必要になります

令和 5年 11月 5日

上記の事由に該当するため、申出します。

【送付の際のお願い】紛失防止のために配達記録の取得できる方法でお送りください。