

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 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 連絡先電話番号 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) **就職先で交付された「資格情報のお知らせ」の資格取得年月日と同じ**

資格喪失年月日	令和 6年 12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
※就職先の資格取得日が判る証明書の添付が必要です。例)「資格情報のお知らせ」のコピー

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 6年 12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 6年 12月 10日

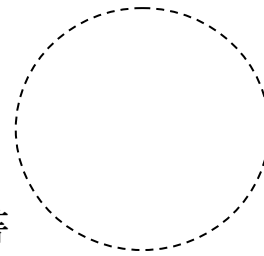
上記の事由に該当するため、申出します。

【添付】「任意継続保険者証」または「資格確認書」は必ずこの書類とともにご返却ください

【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 連絡先電話番号 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(該当事由の口に✓をご記入ください。)

資格喪失 年月日	令和 6年 12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
-------------	--------------	---------------------------------

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

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(該当の口に✓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 6年 11月 13日

上記の事由に該当するため、申出します。

【添付】「任意継続保険者証」または「資格確認書」は必ずこの書類とともにご返却ください

【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 24年12月4日
住所 電話番号	〒000-000 〇〇県〇〇市△△区××123-45-678号室 連絡先電話番号 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 6年12月4日	75歳の誕生日と同日になります
<input type="checkbox"/> 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	
	適用事業所または 船舶所有者の名称および所在地	名称 所在地
	資格取得年月日	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 被保険者による任意の資格喪失を申し出るため		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	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 6年12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 6年12月 5日

上記の事由に該当するため、申出します。

【添付】「任意継続保険者証」または「資格確認書」は必ずこの書類とともにご返却ください

【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。