

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 1 0 0	番 号 6 0 0 0								
被保険者 氏 名	神戸 太郎		生 年 月 日	昭 平	1 0 年 1 月 1 日					
住 所 電 話 番 号	〒 〇〇〇-〇〇〇 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 ()						
	コウベ タロウ		口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	〇〇銀行		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 1 2 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	1 2 3 4 - 5 6 7 8 9
	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 1 2 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 1 2 月 1 0 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

記入見本（任意脱

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 1 0 0	番 号 6 0 0 0								
被保険者 氏 名	神戸 太郎		生 年 月 日	昭・平 1 0 年 1 月 1 日						
住 所 電話番号	〒 〇〇〇-〇〇〇 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 ・ ()						
	コウベ タロウ		口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	〇〇銀行		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 6 年 1 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	
☐ 健康保険または船員保険の被保険者資格を喪失するため			
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
☒ 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 1 1 月 1 3 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 1 0 0	番号 6 0 0 0		
被保険者 氏 名	東京 花子		生 年 月 日	昭・平 2 4 年 1 2 月 4 日
住 所 電 話 番 号	〒〇〇〇-〇〇〇 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 ()	
		口座番号		
	銀行	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 1 2 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	
	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
☐ 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	1 2 3 4 - 5 6 7 8 9
	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 1 2 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 1 2 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。