


退職後の資格喪失証明書を希望の方は別紙【10】資格証明書発行申請書をご記入ください！

記入例

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

【申請者】

提出日 令和 3 年 11 月 1 日

健康保険被保険者証 記号-番号	記号	99	番号	00000
被保険者氏名	健保 太郎			
住所	〒000-0000 東京都 新宿区 △△ 2-2-2			
日中繋がる電話番号	TEL (080) 1111-XXXX			※健保組合より連絡が入る場合があります。

資格喪失年月日	令和 3 年 11 月 1 日
---------	-----------------

【喪失事由】

↓ 該当する番号を○で囲んでください

新たに健康保険、後期高齢者医療制度の被保険者となった日(資格取得年月日)を記入してく

①	健康保険または船員保険の被保険者資格を取得した	新しい保険証の記号	9-000
		適用事業所 (船舶所有者)	名 所 △△△株式会社 東京都 品川区 △△ 1-1-1
		資格取得年月日	令和 3 年 11 月 1 日
2	後期高齢者医療制度の被保険者となった (65歳以上70歳未満に限る)	新しい保険証の記号	番号
		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
3	任意継続被保険者でなくなることを希望(資格喪失申出)	※この申出書が当組合に受理された月の翌月1日に資格喪失となります。保険証は資格喪失日まで使用可能な為、返却せずお手元にお持ちください。翌月1日以降に資格喪失証明書と返信用封筒(保険証返却用)を郵送いたします。	

【添付書類チェックシート】

↓ 提出前に添付書類をご確認ください。添付したら☑

<input checked="" type="checkbox"/>	任意継続被保険者証 (発行されている場合) 限度額適用認定証・高齢受給者証	被保険者 ・ 被扶養者 (1) 枚 ※ 添付できない場合はその理由と返却予定日を記入 返却予定日
<input checked="" type="checkbox"/>	新しい保険証の写し	※ A4サイズでコピーしてください(喪失事由が3の場合は省略可)

受 付 印

(健保記入欄)	常務理事	事務長	担当	担当