

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書 記入の手引き

再就職等により任意継続の加入者でなくなる場合、またはお申出により任意継続の加入をお辞めになる場合にご使用ください。

申請書は1ページです
漏れなく正確にご記入ください

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

この欄にご自身の名前を記入して下さい。またお書きになりたい場合は「記入欄」をご用意下さい。また、記入欄より添付書類等についても、記入欄をご用意下さい。

氏名 姓 中 氏 例 例

性別 男 女

誕生日 年 月 日

郵便番号 郵便番号

住所 県 市 町

提出日 年 月 日

被扶養者事由

資格喪失の事由

資格喪失年月日 年 月 日

氏名

被扶養者の氏名

※1 注意点
・資格喪失事由が「他の扶養等により健康保険の被保険者資格を取得したため」の場合、新たに加入了健康保険組合の「資格情報のお知らせ」(ご自身全員分)を添付ください。

以下は、健保組合使用欄のため記入しないでください。

提出書類 連絡手段 連絡手段 連絡手段

タムラ製作所健康保険組合

被保険者ご自身(被保険者死亡の場合は申出者)がご記入ください。

添付書類をご用意ください

- 資格確認書（交付者）
- 新たに加入了健康保険組合で交付される「資格情報のおしらせ」コピー【交付を受けている場合のみ】
- 高齢受給者証
- 限度額適用認定証
- 限度額適用・標準負担額減額認定証
- 特定疾病療養受療証

☞ 被扶養者がいる場合は、被扶養者にかかる上記すべての証等を併せて添付してください。

☞ 資格喪失の事由が「申出により任意継続健康保険の資格を喪失するため」の場合は、申出日の翌月1日(資格喪失日)以降に上記すべての証等を返却してください。

注意事項

● 保険料について

資格を喪失した月以降の保険料を納付していただいている場合は、後日、「還付請求書」を送付しますので、還付の請求をしてください。

☞ 資格取得した月と資格喪失した月が同じ月の場合は、その月の保険料の納付が必要となりますので、その月分の還付はありません。

● 被保険者の方が亡くなられた場合について

埋葬料(費)支給申請書も併せてご提出ください。

● 被扶養者がいる場合について

被保険者の資格喪失とともに被扶養者でなくなる方がいる場合の被扶養者(異動)届の提出は不要です。

次ページに記入例があります。→

ご提出・お問い合わせ先

記入例

任意継続被保険者 資格喪失 申出書

1

記号・番号は下記に記載されています。



記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記入ください。

2

被保険者の氏名をご記入ください。

被保険者が死亡したことによる申出の場合、氏名、住所は、申請される方のものを、生年月日は被保険者のものをそれぞれご記入ください。

3

投函日をご記入ください。

4

被保険者が死亡したことによる申出の場合は、被保険者の氏名をご記入ください。

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

※記号等により任意継続の加入権でなくなる場合、またはお申出により任意継続の加入をお辞めになる場合にご使用ください。なお、記入方法および添付資料等については、「記入の手引き」をご確認ください。

1	記号	番号	記号、番号がわからぬ場合はマイナンバーを記入してください	生年月日
	9 9 9 2 5 9			1: 桁数 6 1 年 0 2 月 2 2 日
2	氏名 (カタカナ)	ケンボ ダロウ		
	健保 太郎			
3	郵便番号 (ハイフン除く)	1 7 8 0 0 1 1	携帯番号等 (左づめハイフン除く)	0 9 0 × × × × × × × ×
	住所	東京 郵便番号 練馬〇〇一ー一 △△マンション105		
4	提出日 (投函日)	令和 0 6 年 0 4 月 0 5 日		
	資格喪失事由 (複数の場合は記入してください)	1. 再就職等により健康保険の被保険者資格を喪失したため 2. 再就職等により被保険者の被保険者資格を取得したため 3. その他により被保険者の被保険者資格を喪失したため（国民健康保険への加入、被扶養者としての加入） 4. 後期高齢者医療制度の被保険者となつたため（75歳別途） 5. 後期高齢者医療制度の被保険者となつたため（障害認定） 6. 死亡したため		
	資格喪失年月日	令和 0 6 年 0 4 月 0 1 日	<small>記入上の注意点</small> 資格喪失事由が1-2の場合は、再就職内容等で新たに社会保険に加入した年月日（資格取得年月日）を記入ください。 資格喪失事由が3の場合は、過去に持つものより遅い年月日を記入ください。 資格喪失事由が4の場合は、後期高齢者医療制度に入した年月日（75歳の誕生日）を記入ください。 資格喪失事由が5の場合は、後期高齢者医療制度に入した年月日（認定年月日）を記入ください。 資格喪失事由が6の場合は、亡くなる年の12月を記入ください。また、下記ゴム印捺印欄の右側を記入ください。	
	亡くなられた被保険者の氏名	氏名 (カタカナ)	資格喪失事由【6. 死亡したため】を選んだ場合は、記入ください。 <small>姓と名の間に空けて記入ください。姓(姓)()、名(名)()は1字としてご記入ください。</small>	
	氏名			

※1 注意点
・資格喪失事由が1の「再就職等により被保険者資格を取得したため」の場合、新たに加入した健康保険組合交付の「資格情報のお知らせ」のコピー（ご家族全員分）を添付ください

以下は、健保組合使用欄のため記入しないでください。

添付書類 (新)資格情報のお知らせ等	同時申請	<input type="checkbox"/> 1. 集団契約		
		その他	<input type="checkbox"/> 1. 一般地 <input type="checkbox"/> 2. 特殊地	項目
タムラ製作所健康保険組合				
受付印押印				
(2020.12)				
1 / 1				

5

注意点

- 資格喪失事由が1の「再就職により被保険者資格を取得したため」の場合、新たに加入した健康保険組合交付の【資格情報のお知らせ】コピー（ご家族全員分）を添付ください。