



被保険者情報	健康保険証 記号 9999 番号 123456	
	氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日 昭和 平成 10 年 5 月 1 日
	住所 〒 000 - 1234 東京 都 府 道 県 千代田区富士見1-1-〇〇 TJKプラザ101	電話番号 (日中の連絡先) 090 (1234) 〇〇△△

▷ 該当する資格喪失事由に✓を付け、該当項目をご記入ください。

資格喪失事由	<input type="checkbox"/> ① 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
	再取得後の健康保険証の記号番号 —
	再取得後の事業所名称
資格取得年月日 令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/> ② 後期高齢者医療制度の被保険者となったため	
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 () 後期高齢者医療広域連合	
資格取得年月日 令和 年 月 日	
<input checked="" type="checkbox"/> ③ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため	

【添付書類と留意事項】

喪失事由	添付書類	留意事項
①又は②の方	<ul style="list-style-type: none">● 任意継続被保険者の健康保険証（被扶養者分を含む） * 高齢受給者証や限度額認定証などの交付を受けている場合は、併せてご提出ください。● 新たに取得した健康保険証のコピー（被保険者本人分のみ）	<ul style="list-style-type: none">○ 資格喪失年月日は、新たに取得した健康保険証の資格取得年月日となります。○ 保険料は、資格喪失月の前月分までとなります。
③の方	<ul style="list-style-type: none">● なし 【注：健康保険証等について】 申出月の翌月1日以降に資格を喪失した旨の通知書をお送りいたしますので、同封の返信用封筒にて健康保険証を返送してください。 (高齢受給者証、限度額適用認定証も同様となります)	<ul style="list-style-type: none">○ 資格喪失年月日は、この申出書を健保組合が受理した日の属する月の、翌月1日となります。○ 保険料は、この申出書を健保組合が受理した日の属する月分までかかります。○ 申出後にこの資格喪失を取り消すことはできません。

注：資格取得月に資格喪失となった場合は、資格喪失月の保険料はかかります。

※保険者使用欄：(保険証 枚)・(証コピー 枚・無)・添付なし