



被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 9999	番号
	氏 名	(フリガナ)	生年月日 昭和 年 月 日 平成
	住 所	〒 ー 都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先) ()

▷ 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	☐ 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の 記号番号	ー
	再取得後の事業所名称	
	資格取得年月日	令和 年 月 日
	☐ 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 険者の被保険者番号	ー
	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
	☐ 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	新たに取得した被保険者本人の健康保険の情報が分かるもの ・ 資格情報のお知らせのコピー ・ 資格確認書のコピー いずれか一点 返却が必要なもの（お持ちでない場合は必要ありません） <u>（資格確認書を持っている方）</u> 任意継続被保険者の資格確認書（被扶養者分を含む） ＊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。	○ 資格喪失日は、新たに取得した 健康保険の資格取得日となります。 ○ 保険料は、資格喪失月の前月分 までかかります。 ＊既に前納等で支払っている場合は、 喪失月以降の保険料が還付されます。
③の方	● なし 【注：資格確認書等について】 <u>申出月の翌月1日以降</u> に資格を喪失した旨の通知書をお送りい たします。 資格確認書をお持ちの方は、通知書に同封の返信用封筒にて 返送してください。	○ 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 <u>翌月1日</u> 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

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せん。

※保険者使用欄：（資格情報のお知らせ・資格確認書コピー 枚）
（資格確認書 枚）・添付なし