

被保険者情報	健康保険の 記号番号	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 53 年 7 月 1 日
	住所	〒 111 - 22●● 東京 都・道 府・県 千代田区富士見1-11-●●	コーポ健康保険 50●● 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	<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	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	○ 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。
	返却が必要なもの（お持ちでない場合は必要ありません）	
	(健康保険証を持っている方) 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。	
	(資格確認書を持っている方) 任意継続被保険者の資格確認書（被扶養者分を含む）	
③の方	● なし 【注：健康保険証・資格確認書等について】 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。 健康保険証または資格確認書をお持ちの方は、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

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：(資格情報のお知らせ・資格確認書コピー 枚)  
(保険証 枚)・(資格確認書 枚)・添付なし