

記入例

届出コード		健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書											
2320													
被 保 者 欄	1	被保険者証の記号および番号	9	9	9	9	-	5	4	3	2	1	
	2	被保険者の生年月日	昭和	平成	5	0	0	3	0	1	年	月	日
	3	被保険者の氏名	(フリガナ) ジョウホウ					タロウ					
			(氏) 情報					(名) 太郎					
4	被保険者の住所	郵便番号 (102 - 0072)		自宅電話 03 (△△△△) △△△△		△△△△							
		東京 都道府県		千代田区		〇〇〇 1-1-1							
		△△△マンション 101号室											
下記の事由に該当するため、次のとおり申し上げます。													
3	資格喪失年月日	平成	令和	0	3	0	5	0	1	年	月	日	※再就職先での資格取得日が喪失日になります
5	資格喪失の事由	4	ア	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									
				(1)再取得後の健康保険または船員保険の被保険者記号番号 (記号 123456789 番号 123)									
				(2)再就職先の名称および所在地 名称 (株式会社 情報商事) 所在地 (東京都 新宿区 〇〇〇 1-1-1)									
				(3)資格取得年月日 (平成 令和 3 年 5 月 1 日)									
		5	イ	後期高齢者医療制度の被保険者となったため									
				(1)後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 番号 ()									
				(2)都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名称 (後期高齢者医療広域連合)									
				(3)資格取得年月日 (平成 令和 年 月 日)									
6	摘要欄												
【この申出書に添付して提出するもの】													
① 上記アの場合:再就職で新たに取得した保険証のコピー(被保険者本人分のみ) 上記イの場合:後期高齢者医療制度の保険証のコピー(被保険者本人分のみ)													
② 被保険者および被扶養者の方に交付されている全員の保険証 ※高齢受給者証、限度額適用認定証の交付を受けている方は、それらも併せて添付して下さい。													
7	社会保険労務士の提出代行者名記載欄										受付日印		
※保険者使用欄:(保険証 枚)・(証コピー 枚・無) 東京都情報サービス産業健康保険組合													

① 健康保険証の番号を左づ
めで記入してください。

② 現在の住所、電話番号を
それぞれご記入ください。

③ 「資格喪失日」は、健康保
険、船員保険、後期高齢者医
療制度の資格取得年月日を記
入してください。

④ 下記の場合は「ア」を「○」
で囲んでください。
・就職により、健康保険の被保
険者となったとき
・就職等により、船員保険の被
保険者となったとき

⑤ 下記の場合は「イ」を「○」
で囲んでください。
・後期高齢者医療制度(長寿
医療制度)の被保険者になっ
たとき
・65歳~74歳の方で一定の
障害にあることにつき後期高
齢者医療広域連合の認定を受
け、後期高齢者医療制度(長
寿医療制度)の被保険者に
なったとき

【留意事項】

1. 資格喪失した月にお支払されている保険料は返還となります。返還となる場合は、この申出書によるお手続き後に、当組合から「還付請求書」をお送りさせていただきます。ただし、資格取得した月と資格喪失した月が同じ月の場合は、返還となりませんのでご了承ください。

2. 被保険者が亡くなられた場合には、この申出書は不要です。埋葬料(費)の請求書に健康保険証を添付してご提出ください。