

# 任意継続被保険者 資格喪失申請書 記入例

- 資格を喪失した月の保険料は不要です。
- 資格を取得した月と資格を喪失した月が同月の場合は、その月の保険料は必要です。
- 資格喪失申請書を受理後、「資格喪失証明書」を送付いたします。
- 資格喪失申請書を受理後、該当の方には「保険料還付請求書」を送付いたします。

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申請書

令和 5 年 1 月 10 日提出

健康保険被保険者証		被保険者の氏名	生年月日				性別
記号	番号 (右づめで記入)		昭和 平成	年	月	日	
5	01234	健保 太郎	昭 平	○ ×	△	◇	男
住所は、住民票の登録住所を記入して下さい (当組合からの郵送物は下記住所へ送付されます)							
住所	〒 530 - 0001	自宅	06-xxxx-xxxx				
	① 大阪府大阪市北区梅田x-x-x	携帯	090-xxxx-xxxx				

① 記入された住所が、今後の当組合からの郵送物送付先となります。

資格喪失事由 (該当箇所に ☑してください)	<input checked="" type="checkbox"/> ① 就職等により、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	<table border="1"> <tr> <td>取得した健康保険の名称</td> <td>○×△健康保険組合</td> </tr> <tr> <td>取得した健康保険の記号・番号</td> <td>③ 12345-678</td> </tr> <tr> <td>資格取得年月日</td> <td>④ 令和 ○ 年 × 月 △ 日</td> </tr> </table>	取得した健康保険の名称	○×△健康保険組合	取得した健康保険の記号・番号	③ 12345-678	資格取得年月日	④ 令和 ○ 年 × 月 △ 日	<p>添付書類</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当健保の保険証 (被保険者分、被扶養者分)</li> <li>・新しい保険証コピー (被保険者分のみ、下欄に貼付)</li> </ul> <p>※当組合の保険証を紛失した場合は、別途「紛失届」が必要</p>
	取得した健康保険の名称	○×△健康保険組合							
	取得した健康保険の記号・番号	③ 12345-678							
資格取得年月日	④ 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	<table border="1"> <tr> <td>取得した健康保険の名称</td> <td>都道府県 後期高齢者医療広域連合</td> </tr> <tr> <td>取得した健康保険の被保険者番号</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>資格取得年月日</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> </table>	取得した健康保険の名称	都道府県 後期高齢者医療広域連合	取得した健康保険の被保険者番号		資格取得年月日	令和 年 月 日	<p>添付書類 不要</p> <p>(当健保の保険証は、資格が喪失してから返却して下さい)</p>	
取得した健康保険の名称	都道府県 後期高齢者医療広域連合								
取得した健康保険の被保険者番号									
資格取得年月日	令和 年 月 日								
<input 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・資格喪失日は、資格喪失申請書を当組合が受理した日の属する月の翌月1日となります。</li> <li>・申出後に資格喪失を取り消すことはできません。</li> </ul>								

② いずれかに必ず☑してください。これ以外の理由(死亡等)の場合は、当組合までご連絡ください。

③ 新しく取得した保険証の組合名と記号番号をご記入ください。

④ 資格取得年月日=任意継続資格喪失日

健康保険 被保険者証	本人	令和5年1月4日
記号	12345	番号 678
氏名	健保 花子	
フリガナ	ケンボ タロウ	
生年月日	昭和44年 4月 1日	性別 男
資格取得	令和5年 1月 1日	
保険者所在地	大阪市西区阿波座x-x-x	
保険者名称	○×△健康保険組合	
保険者番号	0000000	

健康 保 記 入 欄	資格喪失年月日		入力者
	還付	あり・なし	
証添付	証	枚	

還付百付印

⑤ 新しく取得した保険証コピーの貼付欄です。被保険者本人分のみ貼付してください。枠内におさまらない場合は、別途添付してください。

保険証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記「備考」欄に記入してください。  
(マイナンバーを記入した場合は、マイナンバー確認ならびに本人確認のための書類添付が必要となります。)

備考	
----	--

(R6.2)

OTG健康保険組合