

常務理事	事務長	業務課長	係 長	担 当 者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被保険者等の記号番号	記号	9990	番号	
被 保 険 者 の 氏 名	フリガナ			
被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日			
被 保 険 者 の 住 所	〒 (TEL ())			

▷ 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被保険者等の記号番号	
	適用事業所の名称	
	資格取得年月日	
	☐ ② 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の方※1	● 任意継続被保険者の資格確認書※2（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、併せてご返納ください。 ● 新たに取得した健康保険等から交付された資格情報のお知らせ又は資格確認書のコピー	○ 資格喪失年月日は、新たに取得した健康保険等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。
②の方	● 任意継続被保険者の資格確認書※2（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、併せてご返納ください。 ＊申出書を受理した日の属する月の月末までは任意継続被保険者（被扶養者）として資格があります。 月末まで当健保組合の任意継続被保険者（被扶養者）として医療機関等へ受診する予定がある場合は、この申出書に資格確認書は添付せず、申出月の翌月1日以降に当健保組合業務課あてご返納ください。	○ 資格喪失年月日は、この申出書を当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、この申出書を当健保組合が受理した日の属する月分までとなります。 ○ 申出後はこの資格喪失を取り消すことはできません。

※1 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発生します。

※2 任意継続被保険者資格取得の際、「資格確認書」を交付されている方
ご自身で廃棄せずに必ず当健保組合にご返納ください。万が一、資格確認書を紛失或いは破棄してしまった場合は「資格確認書 滅失届」をご提出ください。「資格確認書 滅失届」は当健保組合ホームページよりダウンロードできます。
なお、任意継続被保険者資格取得の際、「資格情報のお知らせ」を交付されている方につきましては、ご返納の必要はありません。

健保組合 記入欄	年 月 日 喪失
-------------	----------

／ 受付日付印 ＼

【提出先及び問い合わせ先】
〒113-0021
東京都文京区本駒込6－2－19
服装健康保険組合 業務課
TEL 03（3946）8561