

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 欄	被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	—								
	被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成		年		月		日		
	被 保 険 者 の 氏 名	(フリガナ) (氏)								(名)
	被 保 険 者 の 住 所	郵便番号 ( — )	電話番号 ( )							

下記の事由に該当するため、つぎのとおり申出します。

資 格 喪 失 事 由	資 格 喪 失 年 月 日	令 和	※	年	月	日	※は、記入しないで下さい	
	①～④のいずれか 該当する事由を 「○」で囲み、日付を 記入してください。	① 健康保険または船員保険の被保険者となったため 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 資格取得年月日 ( 令和 年 月 日 )						
		③ 死亡したため 死亡年月日 ( 令和 年 月 日 )						
④ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため								

### ( 注意事項 )

1. 任意継続の資格確認書(被扶養者分を含む)をお持ちの方は、添付してください。  
 ※資格確認書(被扶養者分を含む)を紛失した場合は、別途『資格確認書(紛失・き損)届』が必要となります。  
 ※高齢受給者証をお持ちの方は、添付してください。また、令和7年12月1日以前に喪失する  
 場合で、健康保険証をお持ちの方は、添付してください。
2. ①・②に該当の場合は、新たな健康保険に加入したことが分かるものを添付してください。 令和 年 月 日 提出  
 (資格情報のお知らせ、資格確認書、辞令 などの写し) 受 付 日 印
3. ④を選択した場合
  - a: 資格喪失日は健保組合が申出書を受理した日の属する月の翌月1日となります。
  - b: 資格確認書(被扶養者分を含む)をお持ちの方は、翌月1日以降に送付してください。
  - c: 申出後に資格喪失を取り消すことはできません。

【 出版健康保険組合 業務部 適用課 TEL:03(3292)5005 】

【 出版健康保険組合 大阪支部 業務課 TEL:06(6944)4300 】

令和6年12月2日改定