

# 記 入 例

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

<b>1</b> 被 保 険 者 欄	1	被保険者証の 記号及び番号	9 9 0 0 1 2 3 4 5
	2	被保険者の生年月日	昭和・平成 5 0 年 0 3 月 0 5 日
	3	被保険者の氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ (氏) 健保 (名) 太郎 <b>2</b>
	4	被保険者の住所	郵便番号 1 0 5 - 0 0 0 0 <b>3</b> 電話 0 3 (△△△△) △△△△ 東京  港区 〇〇1-1 △△マンション101

**①** 被保険者証の記号・番号が数字、漢字ひらがなのどちらの場合でも、左づめで記入してください。

**②** 被保険者本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。被保険者以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。

**③** 市外局番から記入してください。また、携帯電話の番号でも構いません。

**④** 健康保険、船員保険または、後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の被保険者となった日（資格取得年月日）を記入してください。

**⑤** 任意継続被保険者の資格を喪失した理由「ア」、「イ」のいずれかを「○」で囲み、選択した項目の(1)～(3)に該当事項を記入してください。

**⑥** 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は、「イ」を「○」で囲んでください。また、65～74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）の被保険者となったときも「イ」を「○」で囲んでください。

**⑦** 被保険者証等を滅失した場合は、資格喪失届の摘要欄に添付できない方の氏名、生年月日、および理由を記入してください。

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

<b>4</b>	資格喪失年月日	平成 2 2 年 0 7 月 0 1 日
<b>5</b> 資 格 喪 失 の 事 由	ア、イのいずれかを「○」で囲み、再取得後の被保険者証の記号番号等を記入してください。	<b>ア</b> 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証の記号番号 ( 0 3 0 1 0 2 0 3 - 3 2 1 ) (2) 適用事業所または船舶所有者の名称および所在地 名称 ( 株式会社 協会商事 ) 所在地 ( 東京都千代田区△△1-1 ) (3) 資格取得年月日 (平成 2 2 年 7 月 1 日)
		<b>イ</b> 後期高齢者医療制度（長寿医療制度）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 ( ) (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 年 月 日)
<b>7</b>	摘要欄	健保花子 昭和51年10月22日生まれ 外食した際、保険証の入った財布を置き忘れ、行方が分からなくなった。

7	社会保険労務士の提出代行者名記載欄	受付日付印 
---	-------------------	-----------

### 【この申出書に添付して提出するもの】

- ① 被保険者およびその被扶養者の方に交付されている全ての被保険者証の添付が必要です。また、高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けている場合は、それらも併せて添付してください。  
 ※ 被保険者の資格喪失とともに被扶養者でなくなる場合は、被扶養者（異動）届の提出は不要です。
- ② 資格喪失日を確認するために、再就職等で新たに取得した被保険者証等の写しの添付をお願いしています。適正に資格記録を把握するため、ご協力の程お願いいたします。

### 【留意事項】

- ① 資格喪失した月の保険料は必要ありません。すでに保険料を納付していただいている場合は、後日、管工業健康保険組合より「還付請求書」をお送りいたしますので、還付請求してください。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、1カ月分の保険料が必要となりますので、保険料の還付はありません。
- ② 被保険者が亡くなられた場合には、この申出書を提出する必要はありません。被保険者証等は埋葬料（費）の請求をされる際に添付して返却してください。