決　済	令和　　年　　月　　日	
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出書（太字箇所記入してください）

記　号	番　　号	生　　年　　月　　日	資格喪失年月日	資格喪失理由	被保険者証回収区分
9 9		昭和　5 平成　7　　年　　月　　日	年　　月　　日	1.　　4. 2.　　5. 3.	添　付　1. 返不能　2. 滅　失　3.

資格喪失の理由　2～5の理由に○をつけてください	**被保険者の氏名**
1．保険料が納付期日までに納付されなかったため（健保処理） 2．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 （資格確認のため資格情報のお知らせのコピーを添付してください） (1) 新規取得の健康保険被保険者証の記号・番号　（　　・　　） (2) 資格取得年月日　（令和　　年　　月　　日） 3．任意継続保険資格喪失申出のため（喪失日令和　　年　　月　　日） 4．後期高齢者（75歳）医療制度の被保険者となったため 5．被保険者が死亡したため　　申請者氏名（　　） 被保険者との続柄　（　　）	
	住所　〒　　－ 電話番号　（　　）
	還付の有無　有・無　令和　　年　　月分　円　還付日　令和　年　　月　　日

上記の理由により任意継続被保険者の資格喪失の申出をします。　**書類提出（投函）日　令和　　年　　月　　日**

※３については、健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書を健康保険組合が受理した日が属する翌月１日が資格喪失日となります。

受　付　日　付　印

令和７年４月改訂