

常務理事	事務長	係

任意継続被保険者 資格喪失申出書（兼 保険料還付請求書）

（記入日） 令和 7年 7月 20日

被 保 険 者 情 報	被保険者等	記号	20	番号	〇〇〇〇	生年月日	昭和・平成・令和	〇〇	年	〇	月	〇	日
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健 保 太 郎				電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090(1234) 5678						
	住所	(〒 510 - 0011) 三重県 四日市市 〇〇町 〇丁目 〇ー〇〇											

下記の理由により、資格喪失することを申出いたします。
この申出により、保険料の還付が生じる場合は、お届けの口座へ還付請求いたします。

資 格 喪 失 事 由	※該当の番号に✓をしてください		資格喪失年月日を記入してください	
	☒ 1	就職して勤務先の健保に加入したため	令和 7年 8月 1日 (新しい健康保険の資格取得年月日)	
	◇新しく加入した健康保険の資格取得日がわかる書類(コピー)を添付してください。			
	☐ 2	後期高齢者医療制度に加入したため	令和 年 月 日 (後期高齢者医療制度の資格取得年月日)	
	◇後期高齢者医療制度の資格取得日がわかる書類(コピー)を添付してください。			
☐ 3	被保険者が死亡したため	令和 年 月 日 (死亡日の翌日)		
◇死亡診断書等証明書のコピーを添付してください。他に書類が必要になる場合もあります。				
☐ 4	被保険者でなくなることを希望する □国保加入 □家族の扶養 □その他()	令和 年 月 1日 (申出書を健保が受理した日の翌月1日)		
◇希望する喪失日の前月末必着で提出してください。				
資格喪失証明書の発行		☐ 1 希望する ☒ 2 希望しない		

※資格喪失事由3の方のみ・下記の欄に記入してください。還付金が生じた場合のみ還付いたします。

氏 名	＜フリガナ＞	ケンポ ハナコ	＜続柄＞	妻	金融機関名	〇〇〇〇	銀行・労働金庫・農協 信用金庫・信用組合	口座名義(フリガナ)	ケンポ ハナコ						
	住所	(〒 510 - 0011) 三重県四日市市〇〇町〇丁目〇ー〇〇				〇〇〇〇	本店・支店 出張所	預金種別	普通	▼番号は左づめで記入					
							口座番号	1	2	3	4	5	6	7	
＜TEL＞						090(8765)4321									

★資格喪失後はご家族分も含めて、下記の証書を(交付を受けている場合)必ず返却してください。
□資格確認書 □高齢受給者証 □限度額適用認定書 □特定疾病療養受療証

健 保 記 入 欄	資格取得	【留意事項】		受 付 印	
	資格喪失	資格喪失事由が4の場合は、資格喪失日に注意してお申し出ください。			
	標準報酬	資格喪失日は、申出書を健保が受理した日の翌月1日となります。			
	納付				
納付日		令和 年 月 日	合計	円	