健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

喪

再就職等により任意継続の加入者でなくなる場合、またはお申出により任意継続の加入をお辞めになる場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者（申出者）情報

項目	記入欄
記号・番号	記号（左づめ） 5 0 0 0 0 0 ／ 番号（左づめ）
生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和 　年　月　日
個人番号（マイナンバー）	記号・番号をご記入（印字）された場合は個人番号（マイナンバー）のご記入は必要ありません。（記入（印字）された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。）
氏名（カタカナ）	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。
氏名	被保険者がお亡くなりになっている場合は、ご遺族等よりお申し出ください。
郵便番号（ハイフン除く）	
電話番号（左づめハイフン除く）	
住所	都 道 府 県

資格喪失の事由

項目	記入欄
提出日（投函日）	令和　年　月　日
資格喪失事由（該当の数字をご記入ください）	1. 再就職等により健康保険の被保険者資格を取得したため 2. 再就職等により船員保険の被保険者資格を取得したため 3. 申出により任意継続保険の資格を喪失するため（国民健康保険への加入、被扶養者としての加入） 4. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため（75歳到達） 5. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため（障害認定） 6. 死亡したため
資格喪失年月日	令和　年　月　日 記入上の注意点 ・資格喪失事由が1・2の場合・・・再就職先等で新たに社会保険に加入した年月日（資格取得年月日）をご記入ください。 ・資格喪失事由が3の場合・・・・・提出日の属する月の翌月1日をご記入ください。 ・資格喪失事由が4の場合・・・・・後期高齢者医療制度に加入した年月日（75歳の誕生日）をご記入ください。 ・資格喪失事由が5の場合・・・・・後期高齢者医療制度に加入した年月日（認定年月日）をご記入ください。 ・資格喪失事由が6の場合・・・・・亡くなられた日の翌日をご記入ください。また、下記に亡くなられた被保険者の氏名をご記入ください。
亡くなられた被保険者の氏名	資格喪失事由［6.死亡したため］を選んだ場合のみご記入ください
氏名（カタカナ）	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。
氏名	

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認（被保険者）	1. 記入有（添付あり） 2. 記入有（添付なし） 3. 記入無（添付あり）	同時申請	1. 遅延理由
その他	1. その他 2. 処理票 （理由）	枚数	

受付日付印

2 4 0 1 1 1 0 3

（2026.1）

全国健康保険協会
協会けんぽ