

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書記入の手引き

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。

申請書は1ページです。
漏れなく正確にご記入ください。

被保険者ご自身(被保険者死亡の場合は申出者)がご記入ください。

添付書類をご用意ください。

【お手元にお持ちの場合のみ】

- 資格確認書
- 高齢受給者証
- 限度額適用認定証
- 限度額適用・標準負担額減額認定証
- 特定疾病療養受療証

☞ 被扶養者がいる場合は、被扶養者にかかる上記すべての証書を併せて添付してください。

☞ 資格喪失の事由が「申出により任意継続健康保険の資格を喪失するため」の場合は、申出日の翌月1日(資格喪失日)以降に上記すべての証を返却してください。

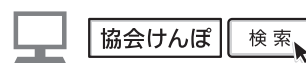
注意事項

- 保険料について
資格を喪失した月以降の保険料を納付していただいている場合は、後日、「還付請求書」を送付しますので、還付の請求をしてください。
☞ 資格取得した月と資格喪失した月が同じ月の場合は、その月の保険料の納付が必要となりますので、その月分の還付はありません。
- 被保険者の方が亡くなられた場合について
埋葬料(費)支給申請書も併せてご提出ください。
- 被扶養者がいる場合について
被保険者の資格喪失とともに被扶養者でなくなる方がいる場合の被扶養者(異動)届の提出は不要です。

次ページに記入例があります。➔

ご提出・お問い合わせ先

申請書のご記入後は、協会けんぽ都道府県支部に郵便でご提出ください。
*各支部の所在地・電話番号などは、協会けんぽホームページをご覧ください。





- ・申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。記入見本 0123456789アイウ
- ・生年月日、日付が一桁の場合は、左のマスで0で埋めてください。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を黒塗りし、欄外に正しい内容をご記入ください。

1 資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。
※ 枝番は記入不要です。

資格情報のお知らせ

2 被保険者のマイナンバーは、①の記号と番号が不明の場合のみご記入ください。
被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。
⑦①の両方を本人確認書類貼付台紙(※)に、貼付のうえ、申請書に添付してください。

⑦ 身元確認を行うための書類(いずれか1点)
・被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー

① 番号確認を行うための書類(いずれか1点)
・被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、被保険者のマイナンバーが記載された住民票か住民票記載事項証明書

(※) 協会けんぽのホームページでダウンロードすることができます。

なお、代理人(被保険者より委任状等を受け取っている方や法定代理人)が申請される場合は、代理人の身元確認が必要になります。詳しくは、協会けんぽのホームページをご確認ください。

上記、添付書類は行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等に定められています。

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。

記号・番号	記号(左づめ) 5 0 0 0 0 0 1 3 番号(左づめ) 9 9 9 9 × ×	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 1 6 1 年 0 1 月 2 2 日
個人番号 (マイナンバー)	左上の「記号・番号」欄へ記入した場合は、個人番号(マイナンバー)は記入しないでください。記入された場合は、本人確認等の添付が必要です。		
氏名 (カタカナ)	キョウカイ タロウ <small>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。</small>		
氏名	協会 太郎 <small>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。</small>		
郵便番号 (ハイフン除く)	1 0 5 0 0 0 0	電話番号 (左づめハイフン除く)	0 9 0 × × × × × × × × × ×
住所	東京 港区 1-1 △△マンション101		
提出日 (投函日)	令和 0 5 年 0 4 月 1 0 日		
資格喪失事由 (該当の数字をご記入ください)	1 <small>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</small>		
資格喪失年月日	令和 0 5 年 0 4 月 0 1 日 <small>記入上の注意 ・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...亡くなった日の翌日をご記入ください。また、下記に亡くなった被保険者の氏名をご記入ください。</small>		
亡くなられた被保険者の氏名	氏名(カタカナ) 氏名 <small>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。</small>		
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)	<input type="checkbox"/> 1. 記入有(添付あり) <input type="checkbox"/> 2. 記入有(添付なし) <input type="checkbox"/> 3. 記入無(添付あり)	同時申請 <input type="checkbox"/> 1. 遅延理由	受付日付印
その他	<input type="checkbox"/> 1. その他 <input type="checkbox"/> 2. 処理費 (理由)		協会使用欄は記入不要です。
2 4 0 1 1 1 0 3			

全国健康保険協会 協会けんぽ

(2026.5) 1 / 1

3 被保険者の氏名をご記入ください。機械(OCR)処理をしますので、必ず氏名(カタカナ)もご記入ください。
被保険者が死亡したことによる申出の場合、氏名、住所は、申出される方のものを、生年月日は、被保険者のものをそれぞれご記入ください。

4 郵便の投函日または協会けんぽの窓口へ提出を行った日をご記入ください。

5 被保険者が死亡したことによる申出の場合、被保険者の氏名をご記入ください。