

# 記入例

# 疾病任意継続被保険者 資格喪失申出書

船員保険・健康保険に新規加入された方

被保険者情報		資格喪失の事由	
被保険者証の (左つめ)	記号 8 8 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 - 番号 1 2 3 4 5 ① 生年月日 昭和 平成 5 1 1 0 0 3	<input checked="" type="checkbox"/> 船員保険または健康保険の被保険者資格を取得したため	
氏名	(フリガナ) センボ タロウ 船保 太郎 性別 男	(1) 再取得後の船員保険または健康保険の被保険者証の記号番号	記号 ( 5 6 3 8 2 1 5 8 4 5 ) 番号 ( 2 3 6 )
住所	(〒 105 - 0000 ) 東京 港区 〇〇1-12 △△マンション501	(2) 資格取得年月日	令和 4 年 5 月 1 日
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 080 ( × × × × ) × × × ×	(3) 船舶所有者または 適用事業所の名称および所在地	名称 株式会社 協会水産 所在地 東京都 港区 〇〇2-2
		<input type="checkbox"/> 申出により疾病任意継続被保険者の資格を喪失したため ※船員保険部で申出書を受理した日の属する月の翌月1日が資格喪失日となります。	
		<input type="checkbox"/> 後期高齢者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) 資格取得年月日	令和 年 月 日
		(3) 都道府県後期高齢者医療 広域連合の名称	( ) 後期高齢者医療広域連合
備考欄		③ 船保太郎は保険証を持ったまま乗船したため、下船するまで返却できない。 ④ 被保険者のマイナンバー記入欄	

被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

- ① 疾病任意継続の被保険者証に記載されている被保険者証の番号を左づめでご記入ください。
- ②  (チェック) を入れ、新しい被保険者証に記載されている記号・番号および資格取得年月日をご記入ください。
- ③ 疾病任意継続の被保険者証を添付できない場合はその旨をご記入ください。
- ④ ①の記号番号を記入した場合は、記入不要です。被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。  
貼付台紙※2に⑦④どちらも貼付し、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) 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  
④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) のコピー、個人番号通知のコピー (記載情報と現況に相違のないもの)、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書  
※1 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に定められています。  
※2 船員保険部のホームページからダウンロードできます。(印刷環境がない場合はご連絡ください。)

## 添付書類

- ① 疾病任意継続の被保険者証
  - ・被保険者および被扶養者の全ての被保険者証を添付してください。  
(高齢受給者証・限度額適用認定証等をお持ちの場合は、あわせて添付してください。)
  - ※資格喪失日以降に疾病任意継続の被保険者証により病院等で受診された場合は、全国健康保険協会船員保険部が支払った医療費を返納いただくことになりますので、ご注意ください。
- ② 新たに加入された船員保険・健康保険の被保険者証のコピー
  - ・資格喪失日を確認するために、新たに加入された船員保険・健康保険の被保険者証のコピーを添付してください。  
特に健康保険に加入された場合には、船員保険部で資格記録の確認ができませんので、確実に添付してください。ご協力をお願いします。

## 留意事項

- ① 資格喪失した月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。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は、この申出書の提出は必要ありません。被保険者証等は、葬祭料 (費) の請求をされる際にあわせてご返却ください。

# 記入例

# 疾病任意継続被保険者 資格喪失申出書

申出により資格を喪失されたい方

全国健康保険協会 船員保険部  
船員保険 疾病任意継続被保険者 資格喪失 申出書 **喪**

被 保 険 者 情 報	被保険者証の (左づめ)	記号 8 8 0 0 0 0 0 0 0 0	番号 1 2 3 4 5	①	生年月日 昭和 平成	年 5 1	月 1 0	日 0 3	
	氏名	(フリガナ) センボ タロウ 船保 太郎						性別	男 女
	住所	(〒 105 - 0000 )	東京	港区	〇〇1-12 △△マンション501				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 080 ( × × × × ) × × × ×							

資格喪失の事由(該当項目)をしてください

船員保険または健康保険の被保険者資格を取得したため

(1) 再取得後の船員保険または健康保険の被保険者証の記号番号	記号 ( ) 番号 ( )
(2) 資格取得年月日	令和 年 月 日
(3) 船舶所有者または適用事業所の名称および所在地	名称 所在地

申出により疾病任意継続被保険者の資格を喪失したいため ※船員保険部で申出書を受理した日の属する月の翌月1日が資格喪失日となります。

後期高齢者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) 資格取得年月日	令和 年 月 日
(3) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称	( ) 後期高齢者医療広域連合

備考欄 ③ 船保 花子 保険証紛失しました。

④ 被保険者のマイナンバー記入欄  
被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

1 疾病任意継続の被保険者証に記載されている被保険者証の番号を左づめでご記入ください。

2  (チェック) を入れてください。

3 疾病任意継続の被保険者証を添付できない場合はその旨をご記入ください。

4 ①の記号番号を記入した場合は、記入不要です。  
被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。<sup>※1</sup>  
貼付台紙<sup>※2</sup>に⑦④どちらも貼付し、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  
④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、個人番号通知のコピー(記載情報と現況に相違のないもの)、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書  
<sup>※1</sup> 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に定められています。  
<sup>※2</sup> 船員保険部のホームページからダウンロードできます。(印刷環境がない場合はご連絡ください。)

## 留意事項

- 船員保険部で届出書を受理した日の属する月の翌月1日が資格喪失日となります。
- 保険料については、船員保険部で届出書を受理した日の属する月の分までの納付が必要です。
- 被保険者証等は、後日返信用の封筒をお送りしますので、その際にご返却ください。  
(高齢受給者証・限度額適用認定証等をお持ちの場合は、あわせて添付してください。)  
※資格喪失日以降に疾病任意継続の被保険者証により病院等で受診された場合は、全国健康保険協会船員保険部が支払った医療費を返納いただくことになりますので、ご注意ください。

【例】3月1日～31日に船員保険部にて申出書を受理 → 資格喪失日：4月1日(3月分までの保険料の納付が必要)  
※4月1日以降に被保険者証等を船員保険部へ返却

# 記入例

# 疾病任意継続被保険者 資格喪失申出書

後期高齢者医療の被保険者に該当された方

被保険者情報	
被保険者証の(左づめ)	記号 8800000000 番号 12345 生年月日 昭和 30 年 10 月 03 日 平成
氏名	(フリガナ) センボ タロウ 船保 太郎 性別 男
住所	(〒 105 - 0000 ) 東京 港区 〇〇1-12
電話番号(日中の連絡先)	TEL 080 (XXXX) XXXX ΔΔマンション501

  

資格喪失の事由(該当項目に「✓」をしてください)	
<input type="checkbox"/> 船員保険または健康保険の被保険者資格を取得したため	
(1) 再取得後の船員保険または健康保険の被保険者証の記号番号	記号 ( ) 番号 ( )
(2) 資格取得年月日	令和 年 月 日
(3) 船舶所有者または適用事業所の名称および所在地	名称 所在地
<input type="checkbox"/> 申出により疾病任意継続被保険者の資格を喪失したため ※船員保険部で申出書を受理した日の属する月の翌月1日が資格喪失日となります。	
<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者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	7654321
(2) 資格取得年月日	令和 4 年 5 月 1 日
(3) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称	( 東京都 ) 後期高齢者医療広域連合
備考欄	船保 花子 保険証紛失しました。

被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

被保険者のマイナンバー記入欄

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

1 疾病任意継続の被保険者証に記載されている被保険者証の番号を左づめでご記入ください。

2 ①(チェック)を入れ、後期高齢者医療の被保険者証に記載されている被保険者番号および資格取得年月日をご記入ください。

3 認定を受けた後期高齢者医療広域連合の都道府県名をご記入ください。

4 疾病任意継続の被保険者証を添付できない場合はその旨をご記入ください。

5 ①の記号番号を記入した場合は、記入不要です。被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。<sup>※1</sup> 貼付台紙<sup>※2</sup>に⑦⑧どちらも貼付し、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  
⑧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、個人番号通知のコピー(記載情報と現況に相違のないもの)、被保険者の個人番号が記載された住民票が住民票記載事項証明書  
<sup>※1</sup> 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に定められています。  
<sup>※2</sup> 船員保険部のホームページからダウンロードできます。(印刷環境がない場合はご連絡ください。)

## 添付書類

- ① 疾病任意継続の被保険者証
  - ・被保険者および被扶養者の全ての被保険者証を添付してください。(高齢受給者証・限度額適用認定証等をお持ちの場合は、あわせて添付してください。)
  - ※資格喪失日以降に疾病任意継続の被保険者証により病院等で受診された場合は、全国健康保険協会船員保険部が支払った医療費を返納いただくこととなりますので、ご注意ください。
- ② 後期高齢者医療の被保険者証のコピー
  - ・船員保険部では後期高齢者医療の資格記録を確認できませんので、後期高齢者医療の被保険者証のコピーを確実に添付してください。

## 留意事項

資格喪失した月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。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。