

# 健康保險 任意繼續被保險者 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。

<b>被 保 險 者 (申 出 者) 情 報</b>	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日		
	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	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)	<input type="text"/>				
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)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号 (左づめハイフン除く)	<input type="text"/>		
住所	都 道 府 県				

## 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) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)	同時申請	<input type="checkbox"/> 1. 遅延理由	
その他	<input type="checkbox"/> 1. その他 2. 処理票	(理由)	枚数	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## 受付日付印

2	4	0	1	1	1	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---

全国健康保険協会  
協会けんぽ

(2026.1)