記入例

令和　年　月　日		
課長	係長	係

健康保険 任意継続被保険者　資格喪失申出書 兼 保険料還付請求書

下記の①から④の資格喪失事由により、任意継続被保険者の資格を喪失するための申出書です。
（①から④以外の理由では、この申出書を提出することはできません。）

被保険者情報

健康保険 記号・番号	記号 9000	番号 98765	記号・番号がわからない場合は個人番号（マイナンバー）をご記入ください。 1 2 3 4 － 5 6 7 8 － 9 0 1 2
氏　名	（フリガナ） ケンポ　タロウ 健保　太郎	生年月日	昭和・平成 38 年 8 月 1 日
住　所	〒 123 － 4567　東京 都・道・府・県　東京市東町1-2-3 〇〇コーポ101	電話番号（日中の連絡先）	03 （ 2345 ） 6789

▷ 該当する資格喪失事由に☑を付け、該当項目をご記入ください。

資格喪失事由

☑ ① 健康保険（または船員保険）の被保険者資格を取得したため

再取得後の健康保険の記号・番号	記号	1234	番号	56789
保険者の名称（〇〇健康保険組合等）	健康保険組合　又は　全国健康保険協会　さいたま　支部			
資格取得年月日	令和 6 年 12 月 2 日	※新たに資格取得した年月日が当組合の任意継続資格喪失年月日となります。証拠書類として新たに取得した「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」のコピーを添付してください。なお、マイナポータルの「資格情報」の画面の写しは不可（資格取得年月日が記載されていないため）。		

1.再就職先に個人番号を届出されている方　→「資格情報のお知らせ」
2.再就職先に個人番号を届出されていない方→「資格確認書」
上記1または2が交付されます（手続きが必要な場合がありますので、再就職先の会社にご確認ください。

☐ ② 被保険者が死亡したため

死亡した日	
届出人（法定相続人）（還付金が発生した場合の請求者）	

☐ ③ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため　※この申出書を健保組合が受理した日の属する月の翌月１日付けで喪失となります。

☐ ④ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため　（65歳～74歳の方で一定の障害がある方が広域連合に申請し認定を受けた時）

後期高齢者医療保険の被保険者番号		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
資格取得年月日	令和　年　月　日		

▷ この届出により、納入済の
還付金が生じた場合、振込日・
上記②の 被保険者死亡による
法定相続人が健康保険の被扶養者である配
続柄等を確認するため、戸籍謄本等の添付が必要です。

公金受取口座を利用するときは、こちらに「レ」チェックをしてください。
その場合は金融機関名称等の口座情報の記載は不要です。

※還付金入金口座

公金受取口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は、下記の口座情報の記入は不要です。）														
金融機関名	（ﾌﾘｶﾞﾅ） 三菱UFJ銀行	金融機関コード	0	0	0	5	支店名	（ﾌﾘｶﾞﾅ） 〇〇支店			支店コード	9	9	9	
口座種類	1.普通　2.当座　3.その他（　　）						口座番号（右詰め記入）	0	1	2	3	4	5	6	
								※7桁未満の場合は先頭に０を記入してください。							
口座名義	（フリガナ）　ケンポ　タロウ 健　保　太　郎														

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容のご記入と訂正印を押してください。

（注）資格取得月に資格喪失となった場合は、資格喪失月の保険料はかかり、還付金は発生しません。

健保組合記入欄	年　月　日 喪失	各月	当月	前納	保険料還付金　有・無