

記入例

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

| | | | | | |
|----------------------------|--------------|-------------------------------|-----|------|------------------|
| 被 保 険 者 情 報 | 健康保険の記号および番号 | 記号 | 999 | 番号 | xxx |
| | 被保険者の生年月日 | 昭和 50年 11月 1日 平成 | | | |
| | 被保険者の氏名 | (フリガナ) フジ ケンタロウ | | | |
| | | 富士 健太郎 | | | |
| | 被保険者の連絡先(住所) | (〒xxx-xxxx) ●●県△△市※※町1-2-3 | | | |
| 被保険者の連絡先(電話番号) | 自宅電話 | xxx (xxxx) xxxxx | | 携帯電話 | xxx (xxxx) xxxxx |

下記の事由に該当するため、申出します

新しい健康保険の資格取得日を記入してください。
申出により資格喪失する場合は、申出日の翌月の1日を記入してください。

| | | | | | | |
|---|--|------------------------------------|-----|---------------|----|------|
| 資 格 喪 失 の 事 由 (該 当 項 目 に 印 を ご 記 入 く だ さ い) | 資格喪失年月日 | 令和 6年 2月 1日 | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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(再就職) | | | | | |
| | 上記に 印した 場合に ご記入 ください | (1) 再取得後の健康保険または 船員保険の被保険者の記号番号 | 記号 | 123 | 番号 | 4567 |
| | | (2) 再就職先の名称および所在地 | 名称 | 〇〇システム株式会社 | | |
| | | | 所在地 | ●●県△△市※※□□1-1 | | |
| | (3) 資格取得年月日 | 令和 6年 2月 1日 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 申出により任意継続保険の資格を喪失したため | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療費制度の被保険者となったため | | | | | |
| | 上記に 印した 場合に ご記入 ください | (1) 後期高齢者医療の被保険者の 被保険者番号 | | | | |
| | | (2) 都道府県後期高齢者医療 広域連合の名称 | 名称(|)後期高齢者医療広域連合 | | |
| (3) 資格取得年月日 | | 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| 摘要欄 | | | | | | |

記号、番号が不明の場合は記入不要

| | |
|-----------------------|--|
| 添 付 書 類 等 | ①就職先発行の入社日、社会保険加入等の記載のある書類 (雇用契約書、労働条件通知書、健康保険資格取得証明書等の写し) <再就職の場合> |
| | ②富士ソフト健康保険組合の資格確認書(交付を受けている場合のみ) (被扶養者がいる場合は被扶養者分も全て) ※高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けている場合は、あわせて返却してください ※資格喪失の事由が「申出により任意継続保険の資格を喪失したため」の場合は、申出日の 翌月1日(資格喪失日)以降に返却してください。 |

※ 受 付 日 付 印