常務理事	事務長	課　長	係　長	主　任	担　当

健康保険 任意継続被保険者資格喪失 申出書

被保険者（申出者）記入用

被保険者情報

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号 9 9 ／ 番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
氏名	（フリガナ）	生年月日　年　月　日 □ 昭和 □ 平成
住所	（〒　－　）　都道府県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　）	

資格喪失の事由（ア、イ、ウのいずれかを〇で囲んでください。）

資格喪失年月日　令和　年　月　日

（ア）　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

「ア」に〇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等記号番号	
（2）適用事業所または船舶所有者の名称および所在地	名称 所在地
（3）資格取得年月日	令和　年　月　日

（イ）　後期高齢者医療制度の被保険者となったため

「イ」に〇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等被保険者番号	
（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

（ウ）　任意継続被保険者でなくなることを希望する

「ウ」の留意事項

- 資格喪失日は、<u>この申出書を健康保険組合が受理した日の翌月１日になります。</u>
- 申出書を受理した後は、申出の取り消しはできません。
- 資格確認書（お持ちの方）は資格喪失日以後に郵送等で返却してください。

上記の事由に該当するため、申出します。　令和　年　月　日

健康保険組合使用欄		
	確認書回収	□ 回収済　□ 回収不要 □ 未収　（無効通知　年　月　日送付）
	保険料還付	□ 無 □ 有　（請求書　年　月　日作成）

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

サニーピア健康保険組合

（2025.12.2）