

記入例

常務理事	事務長	担当者

記入不要

健康保険 任意継続被保険者
資格喪失申出書

赤字部「記入必須」

令和 〇 年 △ 月 × 日提出

三菱電機ビルソリューションズ健康保険組合御中

被 保 険 者	記 号	9 9		氏 名	健康 太郎		男							
	番 号	1234		生 年 月 日	昭和 〇 年 × 月 △ 日 生 平成 令和		女							
	マイナナンバー	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	0	0	
	現 住 所	〒 123 - 4567 TEL 0123-456-789 〇〇県△△市※※1-1-1 %マンション111号室												
	住 民 票 の 住 所	☆☆都◇◇区¥¥1-2-3 \$\$タワー801号室 ※現住所と同じ場合は「同上」で可												
資 格 喪 失 の 理 由		1. 健康保険または船員保険等の被保険者資格を取得したため (1) 取得した健康保険等の被保険者等の記号番号 記 号 〇〇〇 番 号 △△△△ (2) 就職先等適用事業所または船舶所有者の名称および所在地 名 称 : 株式会社〇〇〇 所在地 : 〇〇県△△市... (3) 資格取得年月日 令 〇 年 △ 月 × 日 2. 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等の被保険者番号 番 号 ◇◇◇◇ (2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名 称 : 〇〇県 後期高齢者医療広域連合 (3) 資格取得年月日 令 〇 年 △ 月 × 日 3. 任意継続被保険者でなくなることを申し出た場合(R4年1月1日法改正対応) (1) 申出年月日 令 〇 年 △ 月 × 日 資格を失うのは、申出が受理された日の属する月の末日が到達したとき (2) 健保組合受理日 令 〇 年 △ 月 × 日												
資 格 喪 失 年 月 日		令和 年 月 日												

注) 1. 資格喪失理由欄は「1」「2」「3」のいずれかを○で囲み必要事項を記入して下さい。

2. 資格喪失年月日は新たに資格を取得した年月日と同日となります。

3. 新たに健康保険等の資格を取得した場合は、加入先から交付される「資格情報のお知らせ」(または「資格確認書」)のコピー、もしくはマイナポータル情報の印刷(加入先・資格取得日が確認できるもの)を添付して下さい。

