

記入例:就職した場合

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

豊田自動織機健康保険組合 御中

■ 健康保険法施行規則43条に基づき、下記の通り健康保険任意継続被保険者資格の喪失を申出いたします。

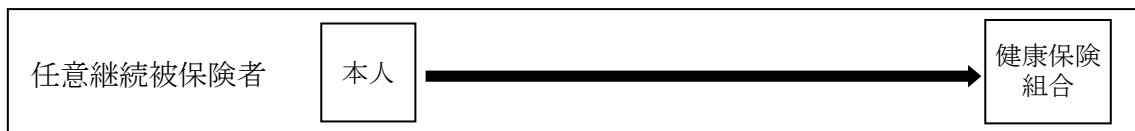
提出日 **2021** 年 **〇〇** 月 **〇〇** 日

保険証の 記号番号	記号 99	番号 12345	被保険者 氏名 健保 太郎
被保険者 住所 電話番号	〒 448 - 0847 愛知 都道 府身 刈谷市宝町〇-〇		自宅TEL() - 携帯TEL(090) 1234 - 5678
被 保 険 者 記 入 欄	該当する申出理由にチェック(レ印)をしてください。		
	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 就職により他の健康保険に加入した <input type="checkbox"/> 2. 被保険者の方が亡くなった(死亡日 : 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 3. 毎月の保険料を納付期限までに納付しなかった <input type="checkbox"/> 4. 加入から2年が経過し資格が満了した <input type="checkbox"/> 5. 後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者になった <input type="checkbox"/> 6. その他(理由)		
			新資格取得日: () 年 月 日
	↓ 申出事項 1に該当する方は下記をご記入ください。		
就職により他の健康保険に加入した			
健康保険資格取得日(保険証に記載の認定日)		平成・ 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
事業所名(会社名)		〇〇〇〇〇会社	
健康保険組合名		〇〇〇〇〇健康保険組合	

◆ 注意事項

1. 記入はボールペンで、訂正箇所には訂正印を押してください。
2. 任意継続被保険者証(ご家族分含む)も一緒に添付してください。
3. 新たに取得した被保険者の健康保険証のコピーを添付してください。
4. 資格喪失後に保険証を使用した場合、医療費を全額返還していただくことになります。

・ 提出ルート



・ 個人情報について

ご記入いただいた個人情報は、健康保険組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用する場合があります。詳しくは <http://www.shokki-kenpo.jp/policy> をご覧ください。

お問い合わせ先	〒448-0847 愛知県刈谷市宝町8丁目1番地
	豊田自動織機健康保険組合 医療保険グループ
	外線 0566-21-7784
	内線 70-4611

健 保 記 入 欄	決裁	常務理事	事務長	GM	担当
	資格喪失日	令和 年 月 日			
	還付金 有無	還付予定日	令和 年 月 日		
	還付金額	円			

健保受付印

記入例:死亡した場合

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

豊田自動織機健康保険組合 御中

■ 健康保険法施行規則43条に基づき、下記の通り健康保険任意継続被保険者資格の喪失を申出いたします。

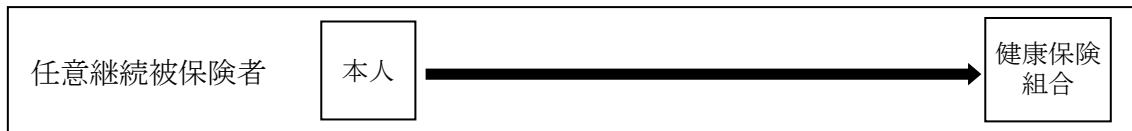
提出日 2021 年 〇〇 月 〇〇 日

保険証の 記号番号	記号 99	番号 12345	被保険者 氏名 健保 太郎
被保険者 住所 電話番号	〒 448 - 0847 愛知 都道 府身 刈谷市宝町〇-〇		自宅TEL() - 携帯TEL(090) 1234 - 5678
被 保 険 者 記 入 欄	該当する申出理由にチェック(レ印)をしてください。 <input type="checkbox"/> 1.就職により他の健康保険に加入した <input checked="" type="checkbox"/> 2.被保険者の方が亡くなった(死亡日 : 令和 〇〇年〇〇月〇〇日) <input type="checkbox"/> 3.毎月の保険料を納付期限までに納付しなかった <input type="checkbox"/> 4.加入から2年が経過し資格が満了した <input type="checkbox"/> 5.後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者になった <input type="checkbox"/> 6.その他(理由)		
	} (新資格取得日 :)) (年 月 日)		
↓ 申出事項 1に該当する方は下記をご記入ください。 就職により他の健康保険に加入した			
健康保険資格取得日(保険証に記載の認定日)		平成・令和 年 月 日	
事業所名(会社名)			
健康保険組合名			

◆ 注意事項

1. 記入はボールペンで、訂正箇所には訂正印を押してください。
2. 任意継続被保険者証(ご家族分含む)も一緒に添付してください。
3. 新たに取得した被保険者の健康保険証のコピーを添付してください。
4. 資格喪失後に保険証を使用した場合、医療費を全額返還していただくことになります。

・ 提出ルート



・ 個人情報について

ご記入いただいた個人情報は、健康保険組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用する場合があります。詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/policy> をご覧ください。

お問い合わせ先 〒448-0847 愛知県刈谷市宝町8丁目1番地
 豊田自動織機健康保険組合 医療保険グループ
 外線 0566-21-7784
 内線 70-4611

健 保 記 入 欄	決裁	常務理事	事務長	GM	担当
	資格喪失日	令和 年 月 日			
	還付金 有無	還付予定日		令和 年 月 日	
	還付金額	円			

健保受付印

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

記入例:保険料未納の場合

豊田自動織機健康保険組合 御中

■ 健康保険法施行規則43条に基づき、下記の通り健康保険任意継続被保険者資格の喪失を申出いたします。

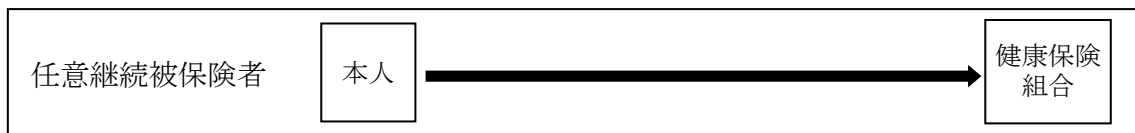
提出日 2021 年 〇〇 月 〇〇 日

保険証の 記号番号	記号 99	番号 12345	被保険者 氏名 健保 太郎
被保険者 住所 電話番号	〒 448 - 0847 愛知 都道 府身 刈谷市宝町〇-〇		自宅TEL() - 携帯TEL(090) 1234 - 5678
被 保 険 者 記 入 欄	該当する申出理由にチェック(レ印)をしてください。 <input type="checkbox"/> 1.就職により他の健康保険に加入した <input type="checkbox"/> 2.被保険者の方が亡くなった(死亡日：令和 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 3.毎月の保険料を納付期限までに納付しなかった <input type="checkbox"/> 4.加入から2年が経過し資格が満了した <input type="checkbox"/> 5.後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者になった <input type="checkbox"/> 6.その他(理由)		
	申出事項 1に該当する方は下記をご記入ください。 就職により他の健康保険に加入した 健康保険資格取得日(保険証に記載の認定日) 平成・令和 年 月 日 事業所名(会社名) 健康保険組合名		

◆ 注意事項

1. 記入はボールペンで、訂正箇所には訂正印を押してください。
2. 任意継続被保険者証(ご家族分含む)も一緒に添付してください。
3. ~~新たに取得した被保険者の健康保険証のコピーを添付してください。~~
4. 資格喪失後に保険証を使用した場合、医療費を全額返還していただくことになります。

・ 提出ルート



・ 個人情報について

ご記入いただいた個人情報は、健康保険組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用する場合があります。詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/policy> をご覧ください。

お問い合わせ先	〒448-0847 愛知県刈谷市宝町8丁目1番地
	豊田自動織機健康保険組合 医療保険グループ
	外線 0566-21-7784
	内線 70-4611

健 保 記 入 欄	決裁	常務理事	事務長	GM	担当
	資格喪失日	令和 年 月 日			
	還付金 有無	還付予定日	令和 年 月 日		
	還付金額	円			

健保受付印

(2022.1.21: xls版)

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

記入例:2年満了の場合

豊田自動織機健康保険組合 御中

■ 健康保険法施行規則43条に基づき、下記の通り健康保険任意継続被保険者資格の喪失を申出いたします。

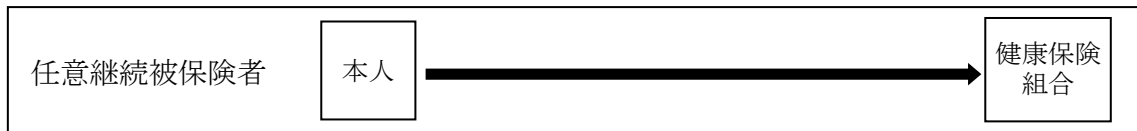
提出日 2021 年 〇〇 月 〇〇 日

保険証の 記号番号	記号 99	番号 12345	被保険者 氏名 健保 太郎
被保険者 住所 電話番号	〒 448 - 0847 愛知 都道 府 県 刈谷市宝町〇-〇		自宅TEL() - 携帯TEL(090) 1234 - 5678
被 保 険 者 記 入 欄	該当する申出理由にチェック(レ印)をしてください。 <input type="checkbox"/> 1.就職により他の健康保険に加入した <input type="checkbox"/> 2.被保険者の方が亡くなった(死亡日：令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 3.毎月の保険料を納付期限までに納付しなかった <input checked="" type="checkbox"/> 4.加入から2年が経過し資格が満了した <input type="checkbox"/> 5.後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者になった <input type="checkbox"/> 6.その他(理由)		
	新資格取得日：() 年 月 日		
↓ 申出事項 1に該当する方は下記をご記入ください。 就職により他の健康保険に加入した			
健康保険資格取得日(保険証に記載の認定日)		平成・令和 年 月 日	
事業所名(会社名)			
健康保険組合名			

◆ 注意事項

1. 記入はボールペンで、訂正箇所には訂正印を押してください。
2. 任意継続被保険者証(ご家族分含む)も一緒に添付してください。
3. 新たに取得した被保険者の健康保険証のコピーを添付してください。
4. 資格喪失後に保険証を使用した場合、医療費を全額返還していただくことになります。

・ 提出ルート



・ 個人情報について

ご記入いただいた個人情報は、健康保険組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用する場合があります。詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/policy> をご覧ください。

お問い合わせ先	〒448-0847 愛知県刈谷市宝町8丁目1番地
	豊田自動織機健康保険組合 医療保険グループ
	外線 0566-21-7784
	内線 70-4611

健 保 記 入 欄	決裁	常務理事	事務長	GM	担当
	資格喪失日	令和 年 月 日			
	還付金 有無	還付予定日	令和 年 月 日		
	還付金額	円			

健保受付印

(2022.1.21: xls版)

記入例:後期高齢者医療制度にかわる場合 健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

豊田自動織機健康保険組合 御中

■ 健康保険法施行規則43条に基づき、下記の通り健康保険任意継続被保険者資格の喪失を申出いたします。

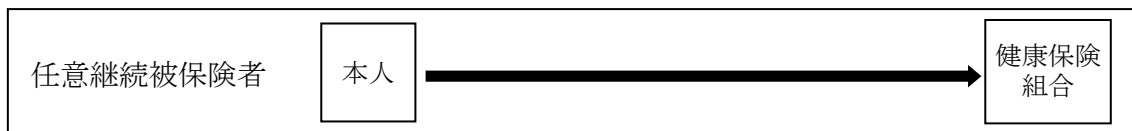
提出日 2021 年 〇〇 月 〇〇 日

被 保 険 者 記 入 欄	保険証の 記号番号	記号 99	番号 12345	被保険者 氏名	健保 太郎
	被保険者 住所 電話番号	〒 448 - 0847	自宅TEL() - 携帯TEL(090) 1234 - 5678		
	愛知 都道 府身	刈谷市宝町〇-〇			
	申出事項	該当する申出理由にチェック(レ印)をしてください。 <input type="checkbox"/> 1.就職により他の健康保険に加入した <input type="checkbox"/> 2.被保険者の方が亡くなった(死亡日：令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 3.毎月の保険料を納付期限までに納付しなかった <input type="checkbox"/> 4.加入から2年が経過し資格が満了した <input checked="" type="checkbox"/> 5.後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者になった <input type="checkbox"/> 6.その他(理由)			
新資格取得日： 〇〇 年 〇 月 〇 日					
↓ 申出事項 1に該当する方は下記をご記入ください。 就職により他の健康保険に加入した					
健康保険資格取得日(保険証に記載の認定日)			平成・令和 年 月 日		
事業所名(会社名)					
健康保険組合名					

◆ 注意事項

1. 記入はボールペンで、訂正箇所には訂正印を押してください。
2. 任意継続被保険者証(ご家族分含む)も一緒に添付してください。
3. 新たに取得した被保険者の健康保険証のコピーを添付してください。
4. 資格喪失後に保険証を使用した場合、医療費を全額返還していただくことになります。

・ 提出ルート



・ 個人情報について

ご記入いただいた個人情報は、健康保険組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用する場合があります。詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/policy> をご覧ください。

お問い合わせ先 〒448-0847 愛知県刈谷市宝町8丁目1番地
 豊田自動織機健康保険組合 医療保険グループ
 外線 0566-21-7784
 内線 70-4611

健 保 記 入 欄	決裁	常務理事	事務長	GM	担当
	資格喪失日	令和 年 月 日			
	還付金 有無	還付予定日	令和 年 月 日		
	還付金額	円			

健保受付印

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

記入例:自己申告の場合
(国保加入、家族の扶養になる等)

■ 健康保険法施行規則43条に基づき、下記の通り健康保険任意継続被保険者資格の喪失を申出いたします。

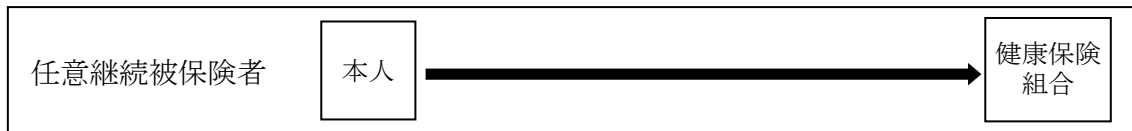
提出日 2022 年 〇〇 月 〇〇 日

保険証の 記号番号	記号 99	番号 12345	被保険者 氏名 健保 太郎
被保険者 住所 電話番号	〒 448 - 0847 愛知 都道 府身 刈谷市宝町〇-〇		自宅TEL() - 携帯TEL(090) 1234 - 5678
被 保 険 者 記 入 欄	該当する申出理由にチェック(レ印)をしてください。 <input type="checkbox"/> 1.就職により他の健康保険に加入した <input type="checkbox"/> 2.被保険者の方が亡くなった(死亡日：令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 3.毎月の保険料を納付期限までに納付しなかった <input type="checkbox"/> 4.加入から2年が経過し資格が満了した <input checked="" type="checkbox"/> 5.後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者になった <input checked="" type="checkbox"/> 6.その他(理由 国民健康保険加入のため)		
	} (新資格取得日： 2022 年 〇 月 〇 日)		
↓ 申出事項 1に該当する方は下記をご記入ください。 就職により他の健康保険に加入した			
健康保険資格取得日(保険証に記載の認定日)		平成・令和 年 月 日	
事業所名(会社名)			
健康保険組合名			

◆ 注意事項

1. 記入はボールペンで、訂正箇所には訂正印を押してください。
2. 任意継続被保険者証(ご家族分含む)も一緒に添付してください。
3. 新たに取得した被保険者の健康保険証のコピーを添付してください。
4. 資格喪失後に保険証を使用した場合、医療費を全額返還していただくことになります。

・ 提出ルート



・ 個人情報について

ご記入いただいた個人情報は、健康保険組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用する場合があります。詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/policy> をご覧ください。

お問い合わせ先	〒448-0847 愛知県刈谷市宝町8丁目1番地
	豊田自動織機健康保険組合 医療保険グループ
	外線 0566-21-7784
	内線 70-4611

健 保 記 入 欄	決裁	常務理事	事務長	GM	担当
	資格喪失日	令和 年 月 日			
	還付金 有無	還付予定日	令和 年 月 日		
	還付金額	円			

健保受付印

(2022.1.21: xls版)