

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

【 記入例：就職した場合 】

※ボールペンを使用し、丁寧な字で記入ください。書き損じた場合は訂正個所に訂正印を押してください。

丁寧な字で記入ください。

豊田自動織機健康保険組合 御中

記号・番号は、マイナポータルの健康保険証または資格確認書などを確認の上、ご記入ください。

					提出日	2024	年	11	月	10	日
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 (0566)	1234	-	5678			
	愛知 都道 刈谷市宝町○番地○				携帯TEL (090)	0123	-	4567			
被保険者記入欄	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。									
		☒ 1.就職により他の健康保険に加入した									
		☐ 2.被保険者の方が亡くなった(死亡日：令和 年 月 日)									
		☐ 3.毎月の保険料を納付期限までに納付しなかった									
		☐ 4.加入から2年が経過し資格が満了した									
		☐ 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									
☐ 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											
資格取得年月日 (※就職先又は新しい保険証で確認)					令和 6 年 11 月 6 日						
事業所名(会社名)					〇〇〇会社						
健康保険組合名					〇〇〇健康保険組合						

◆ 注意事項

- 1. 健康保険資格喪失後にこの書類をご提出の方は、任意継続被保険者の保険証や資格確認書をあわせてご返却ください。
高齢受給者証や限度額適用認定証等もお持ちの方、これら返却物についてご家族分もお持ちの方はあわせてご返却ください。
(健康保険資格喪失前にこの書類をご提出の方は、資格喪失後に上記返却物を返却してください。)
- 2. 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	保険証・確認書返却	有	無	健保受付印
						保険証等返却予定日	令和	年 月 日	
						保険料還付金	有	無	
						還付予定日	令和	年 月 日	
						還付金額		円	
	資格喪失日	令和	年	月	日				

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(国民健康保険加入、
家族の扶養加入等)の場合】

※ボールペンを使用し、丁寧な字で記入ください。書き損じた場合は
丁寧な字でご記入ください。

豊田自動織機健康保険組合 御中

記号・番号は、マイナポータルの健康保険証または資格確認書などを確認の上、ご記入ください。

					提出日	2024	年	11	月	10	日
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(	0566	)	1234	-	5678	
					携帯TEL(	090	)	0123	-	4567	
	愛知 都道 刈谷市宝町○番地○ 府県										
被保険者記入欄	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。									
		☐ 1.就職により他の健康保険に加入した									
		☐ 2.被保険者の方が亡くなった(死亡日：令和 年 月 日)									
		☐ 3.毎月の保険料を納付期限までに納付しなかった									
		☐ 4.加入から2年が経過し資格が満了した									
		☐ 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									
		☒ 6.その他(理由 国民健康保険加入のため)				新資格取得日： 2024 年 12 月 1 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											
資格取得年月日 (※就職先又は新しい保険証で確認) 記 入 不 令和 年 月 日											
事業所名(会社名)											
健康保険組合名											

自己申告により脱退される場合、
「資格喪失申出書」を健保に提出
した月の翌月1日から移行可能

◆ 注意事項

- 1. 健康保険資格喪失後にこの書類をご提出の方は、任意継続被保険者の保険証や資格確認書をあわせてご返却ください。
高齢受給者証や限度額適用認定証等もお持ちの方、これら返却物についてご家族分もお持ちの方はあわせてご返却ください。
(健康保険資格喪失前にこの書類をご提出の方は、資格喪失後に上記返却物を返却してください。)
- 2. 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	保険証・確認書返却	有	無	健保受付印
						保険証等返却予定日	令和	年 月 日	
						保険料還付金	有	無	
						還付予定日	令和	年 月 日	
	資格喪失日	令和	年 月 日	還付金額		円			

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

【記入例：死亡の場合】

※ボールペンを使用し、丁寧な字で記入ください。書き損じた場合は訂正個所に訂正印を押してください。

丁寧な字で記入ください。

豊田自動織機健康保険組合 御中

記号・番号は、マイナポータルの健康保険証または資格確認書などを確認の上、ご記入ください。

					提出日	2024	年	11	月	15	日
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 (0566)	1234	-	5678			
	愛知 都道 刈谷市宝町○番地○				携帯TEL (090)	0123	-	4567			
被保険者記入欄	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。									
		☐ 1.就職により他の健康保険に加入した									
		☒ 2.被保険者の方が亡くなった(死亡日：令和 6 年 11 月 11 日)									
		☐ 3.毎月の保険料を納付期限までに納付しなかった									
		☐ 4.加入から2年が経過し資格が満了した									
		☐ 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									
☐ 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											
資格取得年月日 (※就職先又は新しい保険証で確認) 記 入 不 令和 年 月 日											
事業所名(会社名)											
健康保険組合名											

◆ 注意事項

- 1. 健康保険資格喪失後にこの書類をご提出の方は、任意継続被保険者の保険証や資格確認書をあわせてご返却ください。
高齢受給者証や限度額適用認定証等もお持ちの方、これら返却物についてご家族分もお持ちの方はあわせてご返却ください。
(健康保険資格喪失前にこの書類をご提出の方は、資格喪失後に上記返却物を返却してください。)
- 2. 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	保険証・確認書返却	有	無	健保受付印
						保険証等返却予定日	令和	年 月 日	
						保険料還付金	有	無	
						還付予定日	令和	年 月 日	
						還付金額		円	
	資格喪失日	令和	年	月	日				

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

【記入例：期間(2年)満了した場合】

※必ずこの用紙を使用し、正確に記入してください。書き損じた場合は訂正個所に訂正印を押してください。

丁寧な字で記入ください。

豊田自動織機健康保険組合 御中

記号・番号は、マイナポータルの健康保険証または資格確認書などを確認の上、ご記入ください。

					提出日	2024	年	11	月	10	日
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 (0566)	1234	-	5678			
	愛知 都道 刈谷市宝町○番地○				携帯TEL (090)	0123	-	4567			
被保険者記入欄	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。									
		☐ 1.就職により他の健康保険に加入した									
		☐ 2.被保険者の方が亡くなった(死亡日：令和 年 月 日)									
		☐ 3.毎月の保険料を納付期限までに納付しなかった									
		☒ 4.加入から2年が経過し資格が満了した									
		☐ 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									
☐ 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											
資格取得年月日 (※就職先又は新しい保険証で確認) 記 入 不 令和 年 月 日											
事業所名(会社名)											
健康保険組合名											

- ◆ 注意事項
1. 健康保険資格喪失後にこの書類をご提出の方は、任意継続被保険者の保険証や資格確認書をあわせてご返却ください。

高齢受給者証や限度額適用認定証等もお持ちの方、これら返却物についてご家族分もお持ちの方はあわせてご返却ください。

(健康保険資格喪失前にこの書類をご提出の方は、資格喪失後に上記返却物を返却してください。)

2. 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	保険証・確認書返却	有	無	健保受付印		
						保険証等返却予定日	令和	年		月	日
						保険料還付金	有	無			
						還付予定日	令和	年		月	日
	資格喪失日	令和	年	月	日	還付金額		円			

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

【記入例：後期高齢医療
制度に加入する場合】

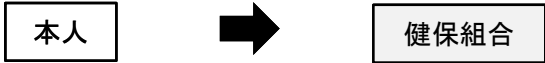
※必ずこの用紙に記入してください。書き損じた場合は訂正用紙を
丁寧な字でご記入ください。

記号・番号は、マイナポータルの健康保険証または資格確認書などを確認の上、ご記入ください。

					提出日	2024	年	11	月	10	日		
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 (0566)	1234	-	5678					
	愛知 都道 刈谷市宝町○番地○				携帯TEL (090)	0123	-	4567					
被保険者記入欄	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。											
		☐ 1.就職により他の健康保険に加入した											
		☐ 2.被保険者の方が亡くなった(死亡日：令和 年 月 日)											
		☐ 3.毎月の保険料を納付期限までに納付しなかった											
		☐ 4.加入から2年が経過し資格が満了した											
		☒ 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											
										新資格取得日：			
										2023 年 11 月 6 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													
資格取得年月日 (※就職先又は新しい保険証で確認)													
令和 年 月 日													
事業所名(会社名)													
健康保険組合名													

- ◆ 注意事項
- 健康保険資格喪失後にこの書類をご提出の方は、任意継続被保険者の保険証や資格確認書をあわせてご返却ください。
高齢受給者証や限度額適用認定証等もお持ちの方、これら返却物についてご家族分もお持ちの方はあわせてご返却ください。
(健康保険資格喪失前にこの書類をご提出の方は、資格喪失後に上記返却物を返却してください。)
 - 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	保険証・確認書返却	有	無	健保受付印		
						保険証等返却予定日	令和	年		月	日
						保険料還付金	有	無			
						還付予定日	令和	年		月	日
	資格喪失日	令和	年	月	日	還付金額		円			

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】

※必ずマイナポータルを使用し、丁寧な字で記入ください。書き損じた場合は訂正個所に訂正印を押してください。

丁寧な字で記入ください。

豊田自動織機健康保険組合 御中

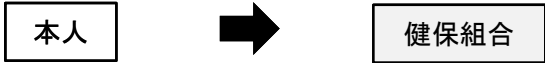
記号・番号は、マイナポータルの健康保険証または資格確認書などを確認の上、ご記入ください。

					提出日	2024	年	11	月	10	日
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 (0566)	1234	-	5678			
	愛知 都道府県 刈谷市宝町○番地○				携帯TEL (090)	0123	-	4567			
被保険者記入欄	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。									
		☐ 1.就職により他の健康保険に加入した									
		☐ 2.被保険者の方が亡くなった(死亡日：令和 年 月 日)									
		☒ 3.毎月の保険料を納付期限までに納付しなかった									
		☐ 4.加入から2年が経過し資格が満了した									
		☐ 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									
☐ 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											
資格取得年月日 (※就職先又は新しい保険証で確認) 記 入 不 要 令和 年 月 日											
事業所名(会社名)											
健康保険組合名											

- ◆ 注意事項
1. 健康保険資格喪失後にこの書類をご提出の方は、任意継続被保険者の保険証や資格確認書をあわせてご返却ください。

高齢受給者証や限度額適用認定証等もお持ちの方、これら返却物についてご家族分もお持ちの方はあわせてご返却ください。

(健康保険資格喪失前にこの書類をご提出の方は、資格喪失後に上記返却物を返却してください。)
2. 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	保険証・確認書返却	有	無	健保受付印		
						保険証等返却予定日	令和	年		月	日
						保険料還付金	有	無			
						還付予定日	令和	年		月	日
	資格喪失日	令和	年	月	日	還付金額		円			