

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

※ 裏面の注意事項をご覧のうえ、太枠内にご記入ください。

被 保 険 者 情 報	被保険者等 (右づめ)	記号 □ □ □	番号 □ □ □ □ □	生年月日 □ 昭和 □ 平成 □ 令和	年 月 日 □ □ □ □ □ □	
	氏名	(フリガナ)				
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 —) TEL ()				

資 格 喪 失 の 理 由 ※ 該当する箇所にご記入ください	資格喪失日	年 月 日
	1. 再び健康保険の被保険者になった。 ・ 資格取得した先での被保険者等(記号 番号) ・ (年 月 日) 資格取得	
	2. 後期高齢者医療制度に加入 ・ (年 月 日) 資格取得	
1、2に該当する方は再取得先の 資格情報のお知らせの写しを添付してください。 ※被保険者(本人)のみ		
3. 被保険者が死亡した ・ (年 月 日) 死亡		
4. 被保険者が資格喪失を希望 (資格喪失を希望する申し出が受理された日の翌月1日に資格が喪失となります。)		
5. その他 ・ 理由()		
備考	被保険者等記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。 (マイナンバーにより申請する場合は、この欄に記載してください。)	

伺	常務理事	事務長	課 長	係 長	係	調 定	補助簿

受 付 日 付 印

注意事項 ※必ずお読みください。

- ・就職や死亡など、健康保険任意継続の被保険者資格を喪失する際にご提出ください。
- ・添付するものは下記のとおりです。喪失後の健康保険は使用できません。

	健康保険証	資格確認書	限度額適用認定証 高齢受給者証 等	資格情報のお知らせ
添付するもの	○ ※令和7年12月2日 以降は添付不要	○ ※有効期限が過ぎた ものは添付不要	○	×
喪失事由が「③被保険者が資格喪失を希望する場合」の際は 資格喪失後 にご郵送等で当組合までご返却ください。				

- ・誤って使用された場合は、医療費の返還をお願いすることとなりますのでご注意ください。
- ・各種証を紛失した場合は回収不能届を添付してください。

■①再び健康保険の被保険者になった（就職）、または後期高齢者医療制度に加入した場合

資格喪失日 = 新たに資格を取得（加入）した日

再取得（就職）したときは再取得先の資格情報のお知らせ（写）を添付してください。

後期高齢者医療制度に加入したときは加入先の資格情報のお知らせ（写）を添付してください。

■②被保険者が死亡した場合

資格喪失日 = 死亡した翌日

申請者（相続権者）の氏名・生年月日で申請してください。

※氏名の欄は、「被保険者（氏名）死亡 相続権者（続柄）氏名」とご記入ください。

「死亡診断書」の写し（医師等の証明が分かる様にコピーをしてください。）を添付してください。

申請者が被扶養者でない場合には、申請者と死亡された方の続柄が記載された「住民票」または「戸籍謄本」のうつしを添付してください。

■③被保険者が資格喪失を希望する場合

資格喪失日 = 資格喪失を希望する申し出が受理された日の翌月1日

（例：3月11日に申出書が組合で受理される。→翌月の4月1日に資格喪失

なお、3月分保険料の納付がない場合、保険料未納のため自動的に3月11日に資格喪失となります。）

組合で受理されたのち、資格喪失証明書をご自宅へ送付いたします。

■上記の理由により資格喪失された方は、任意継続保険料をお返しできる場合があります。

その際には、当組合から別途ご案内をいたします。

■提出・お問い合わせ先

〒460-0002 名古屋市中区丸の内3丁目1-35

名古屋薬業健康保険組合 業務課 TEL：052-211-2439

HP:<https://www.meiyaku-kenpo.or.jp/>