

任意継続被保険者資格喪失届
Termination notice for voluntary continuation of
insurance coverage

常務理事	事務長	担 当

データ
照 合

提出 Submitted 2024 年 year 12 月 Month 31 日 Day

資格確認書（被保険者証） Eligibility Certificate(Insurance Card)	記号 Code	99	番号 Number	9999	
氏 名 Name	健保 一郎				押印省略 Omitted name stmp
住 所 Address	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町〇〇-〇-〇				電話番号Phone 99-9999-9999
生年月日 Date of Birth	元号(Era) 昭和 (Showa)	年 39 year	月 1 Month	日 1 Day	

資格喪失の理由 Reason for termination	<input checked="" type="checkbox"/>	就職のため Found employment	就職年月日 Date of employment	元号(Era) 令和(Reiwa)	年 year 4	月 Month 1	日 Day 1
	<input type="checkbox"/>	その他 Other reason					
資格確認書（被保険者証） Eligibility Certificate(Health insurance cards) (All, including those belonging to dependents)	<input checked="" type="checkbox"/>	同封する Enclosed	2	枚 Number of sheets			
	<input type="checkbox"/>	同封しない Not enclosed	理由 Reason				
資格喪失証明書 Certificate of disqualification	<input checked="" type="checkbox"/>	発行を希望する Issuance hope	<input type="checkbox"/>	発行を希望しない Unnecessary			

添付書類 Accompanying Documents

- ① 再就職先から発行された資格確認書又は資格情報のお知らせのコピー
Copy of Eligibility Certificate or Notification of Qualifications issued by new employer
- ② 高齢受給者証および限度額適用認定証（該当者のみ）
Elderly recipient card and certificate of eligibility for ceiling-amount application (only for those to whom these have been applied)
- ③ 資格確認書（被保険者証）滅失申請書（資格確認書（被保険者証）を滅失し返却できない場合）
Application form for lost or destroyed Eligibility Certificate（health insurance cards）
（when Eligibility Certificate（health insurance cards）issued at the time of enrollment in voluntary continuation have been lost or destroyed）

注意!! Attention

健保記入欄 For insurance association use	喪失年月日	年 月 日
	保険料還付額	円 年 月 ~ 年 月分
	備 考	

受 付