

				担当者
--	--	--	--	-----

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

任意継続被保険者等 記号・番号	901 -			
被保険者氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日
住所・電話番号	〒 TEL ()			
資格喪失理由 ※どちらかに チェック☑ してください。	<input type="checkbox"/> 健康保険 または 船員保険の 被保険者資格を取得したため (就職等)	■再取得した健康保険(または船員保険)の名称	■添付書類 ①任意継続の資格確認書 (発行されている方のみ) ②新しい健康保険の情報が 確認できるもの ・資格情報のお知らせのコピー ・資格確認書のコピー いずれか一点 (本人分のみ下欄 に貼付してください。)	
	<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者でなくなる ことを希望するため	■適用事業所(または船舶所有者)の名称	■資格取得年月日 令和 年 月 日 資格取得	■添付書類 申出時には添付書類は 不要です。 ※資格確認書(発行されている方 のみ)は資格喪失後(翌月1日以 降)に返却してください。
【備考】				
被保険者等の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は備考欄へ記入してください。マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。				
健康保険組合使用欄 (記入しないでください)	還 付 <input type="checkbox"/>	回 収	資格確認書 枚/発行済 枚	備 考
	資格喪失日訂正 <input type="checkbox"/>		未回収 枚 滅失 枚	

《 注意 》

◎ 任意継続の資格確認書をお持ちの場合は、被保険者及び被扶養者分ともに自分で廃棄せずに必ず当健康保険組合に返却してください。

※万が一、資格確認書をなくしてしまった或いは廃棄してしまった場合は、「健康保険 滅失・回収不能届」を提出してください。
届出用紙は当組合ホームページよりダウンロードいただけます。

受付日付印

《資格情報のお知らせ等のコピー貼付欄》

就職等による喪失の場合は、
新しい健康保険の情報が確認できる
「資格情報のお知らせ」コピーまたは
「資格確認書」コピーを貼付してください

(被保険者本人分のみ貼付)

【送付先および問い合わせ先】

〒169-8516 東京都新宿区百人町2-27-6

関東ITソフトウェア健康保険組合 適用二課

TEL.03-5925-5306

(令和7年12月改訂)