

	常務理事	事務長	部長	課長	課長代理	係
決裁						

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

三重県農協健康保険組合 理事長 様

下記のとおり、任意継続被保険者資格喪失を申出します。

被保険者等 記号・番号	記号 8 9 0 0	番号 	記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください。 			
氏名	フリガナ -----	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
住所 電話番号	(〒 -) TEL - -					

資格喪失の事由 ア～エのいずれかに○を付し、 該当項目をご記入ください。	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 (1) 新しく取得した健康保険又は船員保険の被保険者等記号番号 記号 _____ 番号 _____ (2) 適用事業所又は船舶所有者の名称 名称 _____ (3) 資格取得年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	被保険者の申出による (健康保険組合が申出書を受理した日の翌月1日が資格喪失)
	後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者となったため ウ 資格取得年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	被保険者が死亡したため エ 死亡年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※書き方見本は裏面を参照してください。

健康組合使用欄

資格喪失年月日	年 月 日
保険料還付	無 ・ 有 ()

受付

任意継続被保険者資格喪失申出書の書き方

任意継続被保険者の資格がある期間に下記理由により喪失する(した)場合に提出をしてください。

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

三重県農協健康保険組合 理事長 様

下記のとおり、任意継続被保険者資格喪失を申出します。

① 被保険者等 記号・番号	記号	番号	記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください			
	8 9 0 0					
氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
住所 電話番号	(〒 -)	TEL	-	-		

①:任意継続被保険者の情報を記入してください。
記号番号は資格情報のお知らせ等で確認できます。
(※枝番は記入不要です。)

記号番号が分からない場合は、
マイナンバーを記入してください。

②:ア～エの該当箇所に○を付し、
該当項目を記入してください。

・「ア」の場合
新たに就職し健康保険の被保険者となった日。(資格取得年月日)
資格情報のお知らせや資格確認書等を確認してください。

・「イ」の場合※
申出により喪失を希望する場合は、
申出日の翌月1日が資格喪失日となります。
例)
令和8年3月15日に申出した場合
の資格喪失年月日は、「令和8年
4月1日」となります。

・「ウ」の場合
後期高齢者医療制度の被保険者
となった日。(75歳の誕生日又は
65～74歳の方で一定の障害の
ある方)

・「エ」の場合
当健保組合へご連絡ください。
(Tel 059-229-9221)

② 資格喪失の事由 ア～エのいずれかに○を付し、 該当項目をご記入ください。	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 (1) 新しく取得した健康保険又は船員保険の被保険者等記号番号 記号 番号 _____
	ア (2) 適用事業所又は船舶所有者の名称 名称 _____
	(3) 資格取得年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	イ 被保険者の申出による (健康保険組合が申出書を受理した日の翌月1日が資格喪失)
	後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者となったため ウ 資格取得年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
被保険者が死亡したため エ 死亡年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

【重要】

- ①:資格確認書、限度額適用認定証(被扶養者分含む)等を持っている方は速やかに当健保組合に返納してください。
(※喪失事由「イ」の場合は、申出日の翌月1日以降)
- ②:資格喪失月以降の保険料は不要です。毎月払いの方の引落停止手続きは当健保組合が行います。
喪失月以降の保険料を納付いただいている場合は、後日、当健保組合より「還付請求書」を送付いたしますので、
還付の手続きを行ってください。
- ③:「還付請求」について、当健保組合の職員が電話等で口座番号を聞いたり、又訪問したり、現金等を要求する
ことはないの、ご注意ください。

送付先:〒514-0009
三重県津市羽所町525-1
三重県農協健康保険組合 業務部
(Tel 059-229-9221)