

# 健康保険任意継続被保険者資格喪失申請書

令和 年 月 日

健康保険の 記号番号	記号		被保険者 (申請者) 氏名		被扶養者 (有・無)
	番号		生年月日	(昭・平) 年 月 日	人
被保険者 住所	〒 ー Tel ( )				
(該当理由番号に○印を付けてください。) 資格喪失の理由	1. 任意継続被保険者を資格喪失希望のため 資格喪失希望年月日 (令和 年 月 日) ※当組合が受理した日の翌月1日が資格喪失日となります。 申請後の取り下げはできませんのでご注意ください。				
	2. 就職して健康保険又は船員保険の被保険者資格を取得したため (1) 資格取得した先での健康保険の記号番号 (記号 ) (番号 ) (2) 資格取得年月日 (令和 年 月 日) ※新たに取得した健康保険の「資格情報のお知らせ」 または「資格確認書」など資格取得日がわかるもの の写し(被保険者のみ)を添付してください。 ※国民健康保険への加入やご家族の被扶養者となる 場合は該当しません。 (先に任意継続の資格を喪失する必要があります。)				
	3. 被保険者が死亡したため 死亡した年月日 (令和 年 月 日)				
	4. 年 月分の任意継続保険料を納付期限内に納付しない (納付しなかった)ため				
	5. 加入期間満了(2年間)のため (令和 年 月 日喪失)				
備考					

※記入に際し、裏面もお読みください。

健康保険の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーを備考欄へ記載してください。  
 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号・本人確認のできる添付書類が必要です。)

資格喪失証明が必要な場合は下欄の「要」に○印を付けてご提出ください。

資格喪失証明書の発行について	要 ・ 不要
	資格喪失日[喪失日は裏面参照]以降にご自宅宛に郵送いたします。

※資格喪失後に任意継続の資格で医療機関等を受診することはできません。有効期限内の健康保険証や資格確認書等をお持ちの方は必ずご返納願います。(紛失等により返納できない場合は裏面担当までご連絡ください。)

※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になりますので、ご注意ください。

# 【申請いただくまで大切に保管しておいてください。】

## 健康保険任意継続被保険者資格喪失申請書について

この申請書は、次に該当された場合に必要事項をご記入のうえ、当組合に必ず提出してください。

### 1. 任意継続被保険者でなくなることを希望した場合

【喪失日：申出が受理された日の属する月の翌月1日】

### 2. 新たに「健康保険」又は「船員保険」の被保険者資格を取得した場合

【喪失日：新たに資格を取得した日】

### 3. 被保険者が死亡した場合

【喪失日：死亡した翌日】

※ 申請者の氏名・生年月日で申請してください。

《添付が必要な書類》

① 『死亡診断書』（医師等の証明が分かる様にコピーをしてください。）

② 申請者が被扶養者でない場合は①に追加して下記の書類を添付してください。

申請者と死亡された方の続柄が記載された『住民票』又は『戸籍謄本』の写し

### 4. 「任意継続保険料」を納付期限内に納付しない（納付しなかった）場合

【喪失日：未納月の納付期限翌日】

[※例えば、4月保険料未納で納付期限が4月10日の場合は4月11日が喪失日になります。（納付期限は、納付書を確認してください。）]

### 5. 加入期間満了の場合

【喪失日：任意継続被保険者の資格取得日から2年を経過した日  
もしくは75歳の誕生日のいずれか早い日】

※ 「1」・「2」・「3」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ので、その際には当組合から別途ご案内いたします。

◎ 資格喪失後、有効期限内の健康保険証や資格確認書等をお持ちの方は必ず返納してください。

※健康保険証の有効期限は令和7年12月1日です。

なお、資格喪失前にこの申請書を届出る場合、各証等は喪失後に別途ご返納ください。

#### 【提出先・担当】

被保険者証記号 999 ・大阪(本部) 大阪薬業健康保険組合 業務部 適用課  
〒540-0037 大阪府中央区平野町3-2-5 TEL06-6941-5004

被保険者証記号 301 ・神戸支部 大阪薬業健康保険組合 神戸支部 業務課  
〒651-0084 神戸市中央区磯辺通3-1-7 コンコルディア神戸6階 TEL078-221-6100

被保険者証記号 200 ・京都支部 大阪薬業健康保険組合 京都支部 業務課  
〒604-8811 京都市中京区壬生賀陽御所町3-1 京都幸ビル6階 TEL075-801-2905