常務理事	事務長		担当者

記入例

健康保険　任意継続被保険者　資格喪失申出書

被保険者の	被保険者等記号・番号	999－〇〇〇〇〇〇	氏名	（カナ）ケンポ　タロウ 健保　太郎	生年月日	昭和 平成（平成に○）　〇年　〇月　〇日
	住所	〒　〇〇〇－〇〇〇〇 東京都世田谷区△△1－1－1			自宅電話 携帯電話	〇〇－〇〇〇〇－〇〇〇〇 〇〇〇－〇〇〇〇－〇〇〇〇

就職による喪失の場合や後期高齢者医療制度加入による喪失の場合は資格取得年月日を記入、申出による喪失の場合は申出日の翌月の1日を記入してください。

資格喪失年月日	令 和　〇　年　〇　月　〇　日

資格喪失事由（該当項目に√をしてください。）

☑ 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

新しく取得した被保険者等記号番号		〇〇－〇〇〇〇
適用事業所（船舶所有者）の	名称	株式会社　△△△△
	所在地	東京都千代田区〇〇－〇〇
資格取得年月日（就職日）		令 和　〇　年　〇　月　〇　日

☐ 申出により任意継続保険の資格を喪失したいため

☐ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため（65歳以上75歳未満の方に限る）

新しく取得した被保険者等記号番号	
後期高齢者医療広域連合の名称	（　　）後期高齢者医療広域連合
資格取得年月日	令 和　　年　　月　　日

被保険者証等について	1. 同封（○）	☑ 被保険者　☐ 被扶養者（　　枚）	資格喪失証明書について	1. 発行を希望する
	2. 後日返却	理由： 返却予定日：令和　　年　　月　　日		2. 発行を希望しない（○）

※資格喪失月以降の保険料を前納している方のみ、保険料を還付する口座をご記入ください。

保険料を前納していない場合は記入不要です。

金融機関名	〇〇　銀行	口座番号	普通	〇〇〇〇〇〇〇
本・支店名	〇〇〇　支店	名義人名カナ		ケンポタロウ

上記のとおり申し出します。　　令和　〇　年　〇　月　〇　日提出

※ パーソルキャリア健康保険組合が発行した「保険証、資格確認書、高齢受給者証、限度額適用認定証等」をご返却ください。
※ 就職による喪失の方は、喪失日確認のため、新しく加入した健康保険の資格がわかる書類のコピーを添付してください。
※ 資格喪失月（取得と同じ月に喪失した月は除く）以降の納付済保険料は、還付手続きを経てお返しします。

パーソルキャリア健康保険組合