

記入見本

健 保 組 合 使 用 欄			
常務理事	事務長		

任意継続被保険者資格喪失申請書

被保険者等記号・番号 もしくはマイナンバー ※マイナンバーを記入する場合は、 番号・本人確認書類の提出が必要です。		3	0	0	1	—	9	9	9	9					
被保険者の氏名		健保 太郎				生年月日		平成 1 年 2 月 3 日							
資格喪失理由 ※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> チェックして ください。	<input checked="" type="checkbox"/> 再就職	再就職した日		令和 7 年 4 月 1 日											
		加入した保険者名称		REIWAグループ健康保険組合 協会けんぽ（ ）支部											
		事業所名称		REIWA建築株式会社											
	<input type="checkbox"/> 任意脱退 (脱退を希望)	申請書の提出日		年 月 日											
		※申請書を健保組合で受付した日の翌月 1 日 (※) が資格喪失日と なります。(※投函日でなく、当組合に到着した日の属する月の翌月 1 日) ※申請書提出後に資格喪失を取り消すことはできません。 ※返却書類は、この申請書に添付しないでください。 必ず、翌月 1 日以降に送付してください。													
		<input type="checkbox"/> 死亡		死亡した日の翌日		年 月 日									
この申請書に添付した返却書類 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。) <input checked="" type="checkbox"/> (再就職の場合のみ) 新たに取得した資格確認書・資格情報のお知らせのコピー またはマイナポータル 医療保険の資格情報画面のコピー <input checked="" type="checkbox"/> 有効期限内の資格確認書 (持っている場合) <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 (持っている場合) <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 (持っている場合)															

上記のとおり申請します。

令和 7 年 4 月 10 日

ナイスグループ健康保険組合理事長殿

住所 〒123-4567  
神奈川県\*\*\*市\*\*\*区\*\*\*町 1-2-3\*\*\*マンション 456 号室  
申請者の 氏名 健保 太郎  
電話番号 000-123-4567  
メールアドレス taro.ken\*\*\*@\*\*\*\*.jp