

理事長	常務理事	事務長	担当者

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

次のとおり申請します。

被保険者等 記号番号	記号	2	9	番号 (左づめ)	9	8	7	6	5	4	3		
氏名	(フリガナ)	ホケン タロウ 保健 太郎							生年月日	昭和	年	月	日
住所	〒	360 - 0014 埼玉県熊谷市箱田123											
電話番号	自宅	048 (345) 3456			携帯	090 (765) 4321							

資格喪失 年月日	令和	年	0	8	月	0	4	日	0	1	※ 以下をご記入ください。 「ア」「イ」: 新たな適用事業所の資格取得日 「ウ」: 75歳の誕生日 「エ」: 申出の翌月1日
-------------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

資格喪失の 事由	次の該当するものに○印を付け、被保険者等の記号番号等を記入してください。										
	ア	健康保険の被保険者資格を取得したため。 (1) 再取得後の健康保険被保険者等の記号番号 (記号 11010203 番号 326) (2) 適用事業所の名称及び所在地 名称 (健保商事株式会社) 所在地 (埼玉県熊谷市末広□□-□-□) (3) 資格取得年月日 (令和 8 年 5 月 1 日)									
	イ	船員保険の被保険者資格を取得したため。 (1) 再取得後の健康保険被保険者等の記号番号 (記号 番号) (2) 船舶所有者の名称及び所在地 名称 () 所在地 () (3) 資格取得年月日 (令和 年 月 日)									
	ウ	後期高齢者医療制度の被保険者となったため。 (1) 後期高齢者医療の被保険者等の被保険者番号 (後期高齢者医療広域連合) (2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 () (3) 資格取得年月日 (令和 年 月 日)									
	エ	リケンNPR健保の任意継続被保険者でなくなることを希望するため。 (申出のあった翌月の1日に任意継続の資格喪失となります) 申出日 令和 8 年 3 月 20 日									
摘要欄											

←記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書のいずれかでご確認ください。
←番号は左詰めでご記入ください。

←「ア」「イ」の場合は、新たに加入した健康保険の資格取得日をご記入ください。
「ウ」の場合は、75歳の誕生日をご記入ください。
「エ」の場合は、資格喪失を希望する日をご記入ください。(申出日の翌月の1日)

記号・番号は、マイナポータルまたは新たに交付された資格情報のお知らせ・資格確認書のいずれかでご確認ください。

【添付書類】新たに加入した健康保険の「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」の写し

←申出日(記入日)をご記入ください。
リケンNPR健保が申出を受理した日の属する月の翌月1日が喪失日になります。
(3月中に受理した場合、喪失日は4月1日です。)

下記の証書をお持ちの場合は返却してください。

●資格確認書 ●高齢受給者証 ●限度額適用認定証 ●特定疾病療養受療証

※ 被扶養者がいる場合は、被扶養者にかかる上記すべての証書を併せて添付してください。

※ 資格喪失の事由が、「エ、リケンNPR健保の任意継続被保険者でなくなることを希望するため」の場合は、申出日の翌月1日(資格喪失日)以降に上記すべての証を返却してください。

※ 上記「ア～ウ」の場合、新たに加入した健康保険の「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」の写しを添付してください。

※ 上記「エ」の場合は、届出のあった末日まで資格があります。

※ 有効期限内の「資格確認書」をお持ちの場合は返還してください。

令和 8 年 3 月 20 日

受付年月日