ルネサス健保使用欄

決裁	常務理事	事務長	主 任	担 当

ルネサス健康保険組合御中

① ※太枠内を記入してください。

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

② 提出日：令和 7 年 12 月 6 日

被保険者情報

※枝番(-00)記入は不要です。

被保険者の記号・番号												被保険者氏名	フリガナ：ケンコウ タロウ
③ 記号	1	2	3	番号（右詰め）	4	5	6	7	8	9	0	④	健康 太郎

⑤ 性別	⑥ 生年月日	⑦ 現住所
☑ 男 ☐ 女	☑昭和 ☐平成 54 年 3 月 21 日	〒321-0001 TEL 012-345-6789 東京都〇〇区〇〇一丁目2番3号

下記理由により、任意継続被保険者の資格喪失を申し出いたします。

届出内容

資格喪失事由 ⑧（該当する番号を〇で囲み、1～3の場合は日付を記入してください）	添付書類 ⑨
(1.) 就職（勤務先の健康保険に加入）のため 資格取得日（令和 7 年 12 月 1 日）	就職先の健康保険組合等の次のうちいずれか1点 ・「資格情報のお知らせ（写）」 ・「資格確認書（写）」 ・「資格取得証明書」 ※被保険者分のみご提出ください。
2. 被保険者死亡のため 死亡日（令和 年 月 日）	死亡診断書（写）
3. 65歳～74歳で障害認定を受け、後期高齢者医療制度の被保険者となったため 資格取得日（令和 年 月 日）	後期高齢者医療制度の「資格情報のお知らせ（写）」 または「資格確認書（写）」
4. 任意継続被保険者でなくなることを希望するため （資格喪失日：健保組合が申出書を受理した日の翌月1日）	

⑩ 被扶養者がいる場合には、その氏名を記入してください。

被扶養者氏名（フリガナ）	性別	続柄	生年月日
ケンコウ ハナコ 健康 花子	☐ 男 ☑ 女	妻	☑ 昭 ☐ 平 55 年 5 月 1 日 ☐ 令
	☐ 男 ☐ 女		☐ 昭 ☐ 平 年 月 日 ☐ 令
	☐ 男 ☐ 女		☐ 昭 ☐ 平 年 月 日 ☐ 令
	☐ 男 ☐ 女		☐ 昭 ☐ 平 年 月 日 ☐ 令
	☐ 男 ☐ 女		☐ 昭 ☐ 平 年 月 日 ☐ 令

受付日付印

【注意事項】
- 当健保の「資格確認書(有効期限内のもの)」をお持ちの方は添付してください【被扶養者分を含む】。
  但し、資格喪失事由が上記4の場合は、申出月の月末まで使用することができるため、資格喪失後速やかに返却願います。（「資格情報のお知らせ」は返却不要）
- 限度額適用認定証、特定疾病療養受療証の交付を受けている方は併せて添付願います。

＜書類の送付先＞

〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1
ルネサス健康保険組合 任意継続担当

インプット	回収	資格喪失年月日※健保記入欄
		令和 年 月 日

◎任意継続被保険者が以下の事由により資格喪失する場合、本申請書にて申請ください。

1. 就職し、勤務先の健康保険組合等の被保険者となったとき
2. 被保険者が死亡したとき
3. 65歳～74歳で障害認定を受け、後期高齢者医療制度に加入したとき
4. 任意継続被保険者でなくなることを希望したとき

【被保険者記入・確認事項】

① 太枠内を正確に記入願います。

② 提出年月日を記入願います。

③ 被保険者の記号・番号（右詰め）を記入願います。

④ 被保険者氏名を記入願います。

⑤ 該当する性別にチェック☑願います。

⑥ 生年月日を記入願います。

⑦ 現住所と電話番号を記入願います。

⑧ 該当する資格喪失事由を〇で囲んで下さい。（1～3の事由の場合は、該当日（日付）も記載願います。）

⑨ 申請書を提出の際には、喪失事由毎に記載（喪失事由欄の右側に記載）されている添付書類を添付（同封）願います。

⑩ 被扶養者がいる場合には、対象者の氏名・性別・続柄・生年月日を記入願います。

≪ご依頼≫
資格喪失日以降、納付済の保険料がある場合には、『任意継続被保険者 保険料返還請求書【T-213】』もご提出ください。

・資格喪失申出書を提出の際、当健保の「資格確認書（有効期限内のもの）」をお持ちの方は添付してください【被扶養者分を含む】。
　但し、資格喪失事由が上記4（任意継続被保険者でなくなることを希望したとき）の場合は、申出月の月末まで使用することが出来るため、資格喪失後速やかに返却願います。
・限度額適用認定証、特定疾病療養受療証の交付を受けている方は併せて添付願います。
・「資格情報のお知らせ」につきましては、返却不要です。

※ご不明な点がございましたら、当健康保険組合までお問い合わせください。