提出先：健保（被保険者→健保）

常務理事	事務長	担当	担当

健康保険任意継続被保険者　資格喪失申出書

被保険者欄	1	被保険者証の記号ー番号	記号		番号	
	2	被保険者の生年月日	昭和・平成・令和	年　　月　　日		
	3	被保険者の署名	（フリガナ） 署名（自筆）			
	4	被保険者の住所	〒　　ー　　電話番号　　（　　） 都道府県			

下記の事由に該当するため、つぎのとおり申請します
また、すでに納入済みの保険料が過納となっている場合は、任意継続申請書にて届出しております給付金等、
振込先指定口座に送金くださるよう還付請求いたします。

令和　　年　　月　　日

SUBARU健康保険組合 殿

5	資格喪失年月日 （健保にて記入）	令和	年　　月　　日
	資格喪失の事由 （ア、イ、ウのいずれかを「○」で囲み、選択いただいた事項を記入してください。）	ア　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 (1)再取得後の健康保険または船員保険の被保険者の記号番号 （ 記号　　番号　　） (2)適用事業所(お勤め先の会社)または船舶所有者の名称 名称　（　　） 所在地　（　　） (3)資格取得年月日（ 令和　　年　　月　　日 ）	
		イ　後期高齢者医療制度の被保険者となったため 資格取得年月日　（ 令和　　年　　月　　日 ）	
		ウ　任意脱退 ※申出が受理された日の翌月１日に喪失	
6	被保険者証等返却枚数	【被保険者証】【資格確認書】 被保険者：返却　・　滅失 被扶養者：返却（　　人）・　滅失（　　人）	【高齢受給者証】70歳以上の方 被保険者：返却　・　滅失 被扶養者：返却（　　人）・　滅失（　　人）
7	備考欄		

（注意事項）

1　アの場合は、再就職先での資格取得日がSUBARU健康保険組合の資格喪失日となります。
2　SUBARU健康保険組合から交付された全ての被保険者証(2025年12月1日までの間。ご家族分を含む)または資格確認書を一緒に添付して下さい。高齢受給者証・限度額適用認定証・特定疾病療養受領証なども交付されている場合は、それらも併せて添付して下さい。
3　被保険者証等を紛失した場合は、『健康保険被保険者証滅失届』または『健康保険資格確認書 紛失／毀損届」』が必要となります。
4　ア、イの場合は、新たに取得した被保険者証のコピーを添付してください。