

常務理事	事務長	担当

任意継続被保険者資格喪失申出書

下記の通り、任意継続被保険者の資格を喪失致したく、喪失届を提出します。

		年		月		日		提出	
被保険者の記号・番号		9 9							
住 所		〒							
		電話 ()							
(フリガナ)									
氏 名									
生 年 月 日		昭和・平成		年		月		日	
		歳		性 別		男・女			

喪失理由	1	就 職 の た め (令和 年 月 日付 で就職)							
	2	そ の 他 ()							

資格確認証 または 保険証	1	同 封 す る	合 計 枚					
	2	同 封 し な い	理 由 () 返却予定日 (令和 年 月 日)					

資格喪失証明書の発行	1. 希望する	2. 希望しない
------------	---------	----------

(注1) 資格確認証を滅失した時は、「資格確認証滅失申請書」を添付してください。
(注2) 喪失理由が「1. 就職のため」の場合は、就職日が確認できる書類の写しを必ず添付してください。
(注3) 本人希望による喪失の場合、喪失日は申出書を受けた翌月1日となります。
被保険者証または資格確認証は喪失日に健康保険組合宛にご返却ください。

健 保 記 入 欄	喪失年月日	令和 年 月 日	
	保険料還付額	円 (年 月 ~ 年 月分)	
	備 考	健保サイト	

受付日付印