

任意継続被保険者 資格喪失申出書

申請年月日	令和〇年〇〇月〇〇日		
記号番号	8〇〇-〇〇〇〇	氏名	健保 太郎
生年月日	昭和平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 Tel 〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-1		

資格喪失年月日	令和 〇年 〇〇月〇〇日 ※就職した場合は新しい健康保険の資格取得日
資格喪失の事由	<p>該当する資格喪失事由に✓を付けてください。</p> <p><input type="checkbox"/> ①就職し、他の社会保険の被保険者になったため 資格取得日：令和 年 月 日 ※新たに取得した保険証のコピーを添付してください。</p> <p><input type="checkbox"/> ②被保険者が死亡したため 死亡日：令和 年 月 日 申請者： 続柄：</p> <p>①、②の場合は、当健保の保険証をご返却ください。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ③上記以外の理由で、任意継続の資格喪失を希望するため ※申出書が健保に到着した日の翌月1日が資格喪失日 となります。 資格喪失日以降に、当健保の保険証をご返却ください。</p>

受付印

常務理事	審査	担当