

(在籍) 任意継続被保険者 退職届

申請年月日	令和 ○年 ○○月 ○○日	
記号番号	8○○ -○○○○	
氏名	健保 太郎	
	退職にともなう、任意継続被保険者制度の変更について、了承いたします。	
変更期日 ※退職日の翌日	令和 ○年 ○○月 ○○日	任意継続被保険者としての資格期間は、取得後2年間です。
住所	※変更のある場合のみ、ご記入ください。 〒 - TEL ()	

※太枠内をご記入ください。

受付印

常務理事	審査	担当