

(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 ー
氏 名	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。 〒 ー TEL ()

※太枠内をご記入ください。

受 付 印

常務理事	審 査	担 当