

常務理事	事務長	担当者	担当者
備 考			

健康保険任意継続被保険者資格喪失申請書

【届出上の注意】

- 就職の方；
- ・ 保険証の返却時にこの届出用紙を添付してください。
 - ・ 新しい保険証の写しを添付してください。
- 未納予定の方；
- ・ 未納喪失が確定致しましたら(毎月10日頃)喪失のご連絡を致します。その際に保険証返却のご案内を致します。

太枠内は必ず記入・捺印をしてください。

被 保 険 者	記 号			番 号				提出日	令和	年	月	日
	9	0	0					氏 名	(印)			
	住所 電 話			〒 都道 府 県 電 話 () - 携 帯 番 号 () -								

資格喪失の理由(該当する項目に○印をしてください)

1,	就 職	令和	年	月	日	※新しい保険証の 資格取得年月日を記入
2,	保険料未納予定	令和	年	月	予定	※未納予定月を記入
未納の理由 → 1, 国保加入予定 2, 扶養に入る予定 3, その他()						

就職の方はこちらの欄に新しい保険証の写しを貼りつけてください。

(受付印)