

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】

- 1, 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。
- 2, 希望喪失の方
 - ・ 申出書を受理した月の翌月1日が資格喪失日となります。
 - ・ 保険証返却につきましては翌月1日以降にご案内を致します。

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			
	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, 任意継続被保険者でなくなる ことを希望するため	※申出書を受理した月の翌月1日が資格喪失日となります。 (投函日ではなく当組合に到着した日の属する月の翌月1日)				
喪失の理由 → 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)

記入不要

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。
- 希望喪失の方
 - 申出書を受理した月の翌月1日が資格喪失日となります。
 - 保険証返却につきましては翌月1日以降にご案内を致します。

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	4	年	1	月	25	日
	9	0	0	1	2	3	4	5	氏名	健康 太郎					
	住所 電話		〒 東京 都道府県 豊島区西池袋1-2-3 光ハイツ101 電話 () - 携帯番号 (090) 1234 - 5678												

資格 **該当に丸をつけてください** (○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, 任意継続被保険者でなくなる ことを希望するため	※申出書を受理した月の翌月1日が資格喪失日となります。 (投函日ではなく当組合に到着した日の属する月の翌月1日)				
喪失の理由 →	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