

常務理事	事務長	担 当

任意継続被保険者資格喪失届（申出書）

下記のとおり、任意継続被保険者の資格を喪失致したく、届出（申出）します。

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	フリガナ
	99		氏名
	住 所	〒	
	生年月日	昭和 年 月 日（ 歳） 平成	
	喪失理由	1. 就職のため（ 令和 年 月 日付で就職）	
		2. 死亡 3. 申し出 4. その他（ ）	
	被保険者証	1. 同封する 被保険者証 合計 _____ 枚	
2. 同封しない 理 由（ ） 返却予定日（ 令和 年 月 日）			
資格喪失 証明書の発行	1. 希望する 2. 希望しない		

※資格喪失の際、この届に**健康保険被保険者証を添付してください。**被扶養者についても添付が必要です。

※就職により喪失の場合は、就職先の被保険者証の写しを添付してください。

※健康保険被保険者証を紛失し添付できないときは「健康保険被保険者証滅失届」を添付してください。

「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受領書」についても添付してください。

※資格喪失日後に、当健康保険組合の健康保険被保険者証を使用したことが判明した場合には、その費用につ
きましてご請求いたします。

※申し出による資格喪失日は、申し出が受理された日の属する月の翌月の1日となります。

※健 保 記 入 欄	資格喪失年月日	令和 年 月 日
	保険料還付金額	円 (令和 年 月分～令和 年 月分)
	資格喪失時 標準報酬月額	千円
	健 保 サ イ ト	
	備 考	

受付日付印