アボット健康保険組合理事長　　殿

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	氏名	フリガナ
	99			
	住　所		〒 電話　　（　　）	
	生年月日		昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）	
	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 もしくは 資格確認書		1．同封する　　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	

※被保険者証（プラスチックカード）、資格確認書（紙）、高齢受給者証、限度額適用認定証、
特定疾病療養受療証をお持ちの方は、添付してください（被扶養者分も含む）。
ただし、喪失理由が「3.申し出」の方は、資格喪失日以降の返却で問題ありません。
※申し出による資格喪失日は、申し出が受理された月の翌月1日となります。
※資格喪失日後に、当健康保険組合の保険診療の利用が判明した場合には、その費用をご請求いたします。

※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）
	健保サイト	
	備　考	

受付日付印