任意継続被保険者　資格喪失申出書

申請年月日	令和　　年　　月　　日		
記号番号	8　　－	氏 名	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日		
住 所	〒　　－　　TEL　　（　　）		

資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日　※就職した場合は新しい健康保険の資格取得日
資格喪失の事由	**該当する資格喪失事由に✔を付けてください。** ☐ **①就職し、他の社会保険の被保険者になったため** 資格取得日 ： 令和　年　月　日 ※新たに取得した**資格情報のお知らせ等のコピー**を 添付してください。 ☐ **②被保険者が死亡したため** 死亡日 ：　　令和　年　月　日 申請者 ：　　続柄 ： ①、②の場合は、当健保の**資格情報のお知らせ等**をご返却ください。 ☐ **③上記以外の理由で、任意継続の資格喪失を希望するため** ※申出書が健保に到着した日の翌月１日が資格喪失日 となります。 資格喪失日以降に、当健保の保険証をご返却ください。

受 付 印

常 務 理 事	審　　査	担　　当