任意継続被保険者　資格喪失申出書

申請年月日	令和〇年〇〇月〇〇日		
記号番号	8〇〇－〇〇〇〇	氏　名	健保　太郎
生年月日	昭和・平成　〇〇年　〇〇月　〇〇日		
住　所	〒〇〇〇－〇〇〇〇　　TEL　〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1－1		

資格喪失年月日	令和　〇年　〇〇月〇〇日　※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