

常務理事	事務長	担当者	
平成 年 月 日 承認			

健康保険任意継続被保険者資格喪失申請書

任意継続被保険者 証の記号・番号	記号	番号	現在の標準 報酬月額	等級	月額
				第 等級	千円
資格得喪日	任意継続被保険者資格取得年月日			資格喪失年月日	
	平成 年 月 日			平成 年 月 日付	
資格喪失の際 の組合の名称	住友金属健康保険組合			【健康保険組合記載欄】 資格喪失事由 1. 任意継続被保険者となった日から起算して2年を経過したとき。 2. 死亡したとき。 3. 正当な理由がなく、保険料を納付期限までに納付しなかったとき。 4. 強制若しくは任意包括加入の被保険者となったとき。 5. 船員保険の強制被保険者となったとき。	
資格喪失申請理由					
備考					

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

〒 _____

申請者の 住所 _____ (TEL: _____)

氏名 _____ (印)

(注) 氏名を本人自ら署名した場合の申請印の捺印は不要です。