

任意継続被保険者証の記号  
番号を記入する。

現在（任意継続被保険者となった時）の  
標準報酬月額及びその等級を記入する。

健康保険任意継続被保険者資格喪失申請書

住友金属健康保険組合

常務理事	事務長	担当者
平成 年 月 日 承認		

任意継続被保険者 証の記号・番号	記号 10	番号 1234567	現在の標準 報酬月額	等級 第24等級	月額 410千円
資格得喪日	任意継続被保険者資格取得年月日 平成11年3月1日			資格喪失年月日 平成12年2月1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	
資格喪失申請理由	就職により他の健康保険に加入するため			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。	
備考	平成12年2月1日付 就職				

任意継続保健の資格を取得した  
日及び資格を喪失する日をそれ  
ぞれ該当する欄に記入する。

今回の資格喪失申請を行う理由  
を記入する。

届け出の内容を補足することが  
ある場合に記入して下さい。

上記のとおり申請します。

平成 12 年 1 月 25 日

〒 123 - 4567

申請者の 住所 大阪市大正町1-2-3 (TEL: 06-8765-4321)

氏名 健康太郎 (印)

申請書を提出する日を記入  
して下さい。

申請者（被保険者）の郵便番号  
住所・電話番号・氏名を記入し  
て下さい。