

任意継続被保険者 資格喪失（事前）申出書

提出日を記入

記入、捺印してください

| | |
|------|-----|
| 常務理事 | 担 当 |
| | |

令和 年 月 日提出

| | | | | | | | | | |
|--|---|-----|-----|-----------|----------|-------|-------|----|-----|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る 欄 | 被保険者証 | 記 号 | 番 号 | 資 格 取 得 日 | 令和 年 月 日 | | | | |
| | ※ 健康保険証内に記載されていますのでご確認ください。 | | | | | | | | |
| | 被 保 険 者 名 | 印 | | | 生年 月日 | 昭和・平成 | 年 月 日 | 性別 | 男・女 |
| | 被 保 険 者 住 所 | 〒 | | | | | | | 電 話 |
| 喪 失 理 由 | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の希望（資格喪失日は、健保が本状を受領した日の翌月1日となります） | | | | | | | | |

【注意事項】

- (注1) 被保険者が記入する欄(太枠内)を記入してください。
- (注2) 資格喪失証明書は、翌月第一営業日に発送いたします。受領後に、健康保険証を必ずご返却下さい。
- (注3) 本申出はご提出後の取消はできません。

ご確認ください

| | | |
|-----------------------|-----|----------|
| 健 保 記 入 欄 | 喪失日 | 令和 年 月 日 |
|-----------------------|-----|----------|