

任意継続被保険者資格喪失申出書

常務理事	事務長	課長	係員

※太線枠内にご記入ください

保険証記号・番号	記号	番号	生年月日	
			昭和 平成	年
氏名			(印)	自署の場合は押印を省略できます。
住所	(〒 -)			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL(- -)			
資格喪失年月日	令和 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため				
上記に ✓印した 場合に ご記入 ください	(1)再取得後の健康保険または 船員保険の被保険者証の記号番号	記号	番号	
	(2)適用事業所または 船舶所有者の名称および所在地	名称 ----- 所在地		
	(3)資格取得年月日	令和 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 任意継続の被保険者でなくなることを希望するため				
備考				

令和 年 月 日 上記の事由に該当するため、申出します。

受付印

ダイハツ健康保険組合理事長 殿