

# 任意継続被保険者資格喪失申出書

記入例

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	
	100	12345	昭和 平成	33年 11月 22日
氏名	健保 太郎		印	自署の場合は押印を省略できます。
住所	(〒 123 - 4567 )			
電話番号 (日中の連絡先)	お住いの住所を記入 TEL( 999 - 999 - 9999 )			
資格喪失年月日	令和 4年 4月 1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)適船	該当する箇所へチェック☑してください		
	(3)資格取得年月日	令和	年	月 日
<input checked="" 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