

任意継続被保険者 資格喪失申出書

常務理事	事務長	係

令和 年 月 日 提出

下記の通り、任意継続被保険者の資格を喪失したく、申出いたします。

記号	番号	フリガナ	電話番号
9		氏名	自宅 携帯
住所			喪失事由
〒			1. 就職（令和 年 月 日）
			2. その他（ ）
健康保険証			資格喪失証明書の発行
1. 同封する	健康保険証	枚	1. 希望する 2. 希望しない
2. 同封しない	後日返却理由（ （後日返却する）	返却予定日（令和 年 月 日）	

※喪失事由「1.就職」の場合は、新たに取得した健康保険証（本人分のみ）の写しを添付ください。
申出書提出時に間に合わない場合は、後日健保まで郵送してください。

コピー添付

現在お持ちの健康保険証は、ご家族分まとめて申請書と一緒にご返却ください。
（郵送される場合は、ハサミで3cm程度切り込みを入れてください）
資格喪失の事由が「申出により任意継続の資格を喪失する（国保へ加入するなど）」の場合は、
申出日の翌月1日が資格喪失日となりますので、
翌月1日以降5日以内に健康保険証を返却してください。

健保 処理 欄	資格喪失年月日
	令和 年 月 日
	保険料還付金額 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	円
	（令和 年 月～令和 年 月）
	<input type="checkbox"/> 名簿入力 <input type="checkbox"/> 大和入力 <input type="checkbox"/> 保険証返却 /
備考	

