

常務理事	事務長	担当者

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

自署またはご家族が代筆でご記入ください 記入日 和暦（ ）年 月 日

記号	999	番号		氏名	
住所 〒					
電話					
<p>下記の事由に該当するため、任意継続の資格を喪失することを申し出します。</p> <p>(資格喪失事由 該当事由に○)</p> <p>1. 就職したため (喪失日は就職した日 新健保への資格取得日をご確認ください)</p> <p style="padding-left: 40px;">就職日 和暦（ ）年 月 日</p> <p>2. 本人の申し出による喪失由 (喪失日はこの書類を健保組合が受理した日が属する月の翌月1日)</p> <p>3. 死亡したため (喪失日は死亡した翌日)</p> <p style="padding-left: 40px;">(死亡日：和暦（ ）年 月 日)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60%; margin: 10px auto; height: 20px;"></div> <p style="padding-left: 40px;">喪失日 和暦（ ）年 月 日</p>					
<p>家族が申出する場合</p> <p style="padding-left: 40px;">和暦（ ）年 月 日</p> <p style="padding-left: 40px;">住所</p> <p style="padding-left: 40px;">電話</p> <p style="padding-left: 40px;">氏名 (被保険者との続柄 )</p>					
備考					