

記入見本

常務理事	事務長	担当者

健康保險 任意繼續被保險者 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（ 〇〇 ）年 〇〇 月 〇〇 日

記号	999	番号	〇〇〇〇	氏名	健保 壮介
住所 〒 〇〇〇－１１１１ 〇〇市〇〇町〇－〇－〇					
電話 〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇					
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。（該当事由に○） 資格喪失の事由 １．就職したため（喪失日は就職した日、新しい被保険者証確認） 【新しい健保名】 ※新しい健康保険証の写しを必ず添付してください。 ２．本人の申し出による喪失 （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） ３．死亡したため（喪失日は死亡した翌日） （死亡日：和暦（ ） 年 月 日） 喪失日 和暦（ 〇〇 ） 〇〇年 〇 月 １ 日					
家族が申出する場合 和暦（ ） 年 月 日 住所 氏名 （被保険者との続柄 ）					
備考					