

常務理事	担 当 部

任 意 継 続 被 保 険 者 資 格 喪 失 申 出 書

被保険者の氏名・印	印		住所	T E L	
被保険者証の 記号・番号	記号 番号	生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日	資格喪失年月日 (就職年月日) (死亡の場合は翌日)	平成 年 月 日
資格喪失の理由	1.就職 2.死亡 3.その他()		備考		
任意継続で被扶養者だった方 のうち、ご就職先の健康保険で 被扶養者とならなかった方がお られる場合ご記入ください。	氏 名		続柄	理 由	

注： この申出書は、新たに健康保険の資格を取得（再就職）された場合に提出してください。
 新しく資格取得された健康保険証のコピーを添付してください。
 この申出書には、任意継続被保険者証を添付してください。
 死亡の場合は、埋葬を行う者が届出てください。（資格喪失年月日は死亡日の翌日を記入ください。）

平成 年 月 日提出