決裁	常務理事	事務長			担当

任意継続　被保険者資格喪失申出書

オオゼキ健康保険組合理事長　殿

下記のとおり、任意継続被保険者の資格を喪失致したく申出いたします。

提出年月日	令和　　年　　月　　日

※下記太枠内について、漏れなく記入して下さい。

被保険者等の記号・番号			記号		番号	
被保険者記入欄	ﾌﾘｶﾞﾅ					
	氏名					
	住所		〒 電話　（　　）			
	生年月日		昭和 平成　年　月　日（　　）歳		性別	男・女
	喪失理由	1	就職のため　（令和　　年　　月　　日付で就職） ＊ご就職先から交付された「資格情報のお知らせ」の写しを添付してください。（２重加入を防ぐため）			
		2	本人希望のため ＊本人希望により資格喪失の申出を行った場合は、健保組合が受理した日の翌月1日に資格を喪失します。 また、原則その申し出を取り消すことはできません。			
		3	その他　（　　）			
	資格確認書	1	同封する	合計 ＿＿＿＿枚		
		2	同封しない	理　由（　　） 返却予定日（ 令和　　年　　月　　日　　）		
	資格喪失証明書の発行		1	希望する	2	希望しない
	備考欄		※必ず□にチェックを入れて申出して下さい。			
			□	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。		

記号	９０	番号	

喪失年月日	令和　　年　　月　　日
保険料還付額	円 （令和　　年　　月 ～ 令和　　年　　月分）

受付印

オオゼキ健康保険組合
2025.12改版