

記入例

決	常務理事	事務長			担当
裁					

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。						
被保険者証の記号・番号	記号	90	番号	XXXX							
被 保 険 者 記 入 欄	フリガナ	ケンボ タロウ									
	氏名	健保 太郎									
	住所	〒000-0000 東京都 ○○区 ○○町123-456 ○○マンション123 電話 000 (000) 0000									
	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)								
		2	* 新しい健康保険証の写しを添付してください。(2重加入を防ぐため) * 健康保険証を滅失した時は「健康保険 被保険者証滅失届」を添付してください。								
		3	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。								
	被保険者証	1	同封する	被保険者証 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	<input checked="" type="checkbox"/> この届出についてチェックの無い場合は、受付ができません。 ① 申請者本人忘れずに、✓して下さい。 ② 記載内容に										

記号	90	番号				
喪失年月日	令和	年	月	日		
保険料還付額	(令和	年	月	日)	健保記入欄	月分)

受付印
オオゼキ健康保険組合 2022.1.1改版