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

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（　　）　年　月　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