

常務理事	事務長	担当者

年 月 日

任意継続被保険者 資格喪失申出書

ダイフク健康保険組合 理事長 殿

下記の通り、任意継続被保険者の資格を喪失致したく、喪失申出書を提出します。

被保険者の記号・番号			
住 所	〒 電話 ()		
(フリガナ) 氏名	-----		
生 年 月 日	年 月 日	性 別	男・女

資格喪失理由	1	就職のため (年 月 日付で就職)
	2	被保険者からの申し出
	3	その他 ()

資格喪失証明書の発行	1. 希望する	2. 希望しない
------------	---------	----------

過入金時の保険料還付 振込先 (還付が無い場合もあります)	銀行		支店	普通・当座
	口座番号		口座名義	

- (注1) 被保険者証を滅失した時は「被保険者証滅失届」を添付してください。
(注2) 喪失理由が「1. 就職のため」の場合は、就職先の被保険者証の写しを必ず添付してください。
(注3) **被保険者証は、申出書と一緒に返却しないでください。**
被保険者証は、喪失日の翌日以降に、ご返却をお願いします。
(喪失日は当申出書が健康保険組合にて受領した日の翌月1日となるため)

【健保記入欄】

受付日付印

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