

常務理事	事務長	担当者

XX年 XX月 XX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	11	234567
住所	〒111-1111 ○○県○○市△△町1-2-3 電話 999 (999) 9999	
(フリガナ)氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎	
生年月日	XX年 XX月 XX日	性別 (男) 女

資格喪失理由	1	就職のため (XX年 XX月 XX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	123456	口座名義 ケンポ タロウ

(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	