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　〇〇県〇〇市△△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 （ ）
備考	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	

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）	〇〇 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場合のみ「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、就職先の保険者名を備考欄に記入してください。

（注3）**被保険者証または資格確認書は、申出書と一緒に返却しないでください。**

被保険者証または資格確認書は、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	