常務理事	事務長	担　当	

任意継続被保険者資格喪失申出書

下記のとおり、任意継続被保険者の資格喪失理由に該当したため、届出いたします。

令和　　年　　月　　日

被保険者等の記号・番号	記号	番号		
氏　　名	フリガナ			
住　　所	〒 電話　　（　　）			
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. その他　（　　）			
資格確認書	1. 同封する　資格確認書　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		

（注1）就職により他健保加入の場合は、新たに取得した「資格確認書」の写しあるいは「資格情報のお知らせ」の写しを添付してください。

（注2）資格確認書を滅失したときは、「資格確認書滅失申請書」を添付してください。

（注3）本人希望による喪失の場合、喪失日は申出書を受付けた翌月1日となります。
資格確認書を交付されている方は喪失日以降速やかに健保組合宛に返却ください。

※健保記入欄		
	資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日
	保険料還付金額	円 （令和　年　月～令和　年　月分）
	備考	

受付日付印

PHC健康保険組合

202203