

常務理事	事務長	担 当	

任意継続被保険者資格喪失申出書

PHC健康保険組合 理事長 殿

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 4 年 1 月 12 日

被保険者証の記号・番号	記号 999	番号 〇〇〇〇〇
氏 名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	
住 所	〒 130-0013 東京都墨田区錦糸〇-〇-〇 電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
生年月日	昭和 40 年 5 月 12 日 (56) 歳 平成	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 (資格喪失希望)	
被保険者証	1. 同封する 被保険者証 合計 理由 (喪失予定日 (翌月 1 日) 以降に返却予定のため) 2. 同封しない 返却予定日 (令和 4 年 2 月 1 日)	
資格喪失証明書の発行	希望する 2. 希望しない	

申出による喪失を希望する方以外 (就職など) は、保険証を同封してください。

申出による喪失を希望する場合、健保が申請書を受け付けた月の翌月1日が資格喪失日になります。保険証は、翌月1日以降にご返却ください。

※ 健 保 記 入 欄	資格喪失年月日	令和 年 月 日	受付日付印
	保険料還付金額	円	
	備考	令和 年 月分	

※健保記入欄