

就職したとき

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 4 年 1 月 12 日

被保険者等の記号・番号	記号 999	番号 00000
氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	
住所	〒 130-0013 東京都墨田区錦糸0-0-0 電話 00 (0000) 0000	
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 2 年 7 月 1 日付で就職) 2. その他 ()	
保険証 資格確認書	1. 同封する 保険証 合計 3 枚 資格確認書 理由 () 同封しない 返却予定日 (令和 年 月 日) 2. 希望しない	
資格喪失	就職先の「資格確認書」の写しあるいは「資格情報のお知らせ」の写しを同封してください。 当組合の「保険証」、「資格確認書」をお持ちの方は必ず返却ください。	

(注1) 就職先が任意継続被保険者となる場合は「資格情報のお知らせ」の写しを添付してください。

(注2) 保険証・資格確認書を返却する場合は「返却申請書」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。

保険証・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 月分)
	備考	

受付日付印

資格喪失を希望するとき

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 4 年 1 月 12 日

被保険者等の記号・番号	記号 999	番号 00000
氏名	フリガナ ケンボ タロウ	
	健保 太郎	
住所	〒 130-0013	
	東京都墨田区錦糸0-0-0	
	電話 00 (0000) 0000	
生年月日	昭和 40 年 5 月 12 日 (56) 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 (令和4年2月1日資格喪失希望のため)	
保険証 資格確認書	1. 同封する 保険証 合計 ____ 枚 資格確認書	
	2. 同封しない 理由 (喪失予定日(翌月1日)以降に返却予定のため) 返却予定日 (令和 4 年 2 月 1 日)	
資格喪失証明書の発行	1. 希望する 2. 希望しない	

(注) 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。
 (注) 保険証、資格確認書は、翌月1日以降速やかにご返却ください。

※ 健 保 記 入 欄	資格喪失年月日	令和 年 月 日
	保険料還付金額	円 (令和 年 月 日)
	備考	

※健保記入欄