

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 1 年 7 月 5 日

被保険者証の記号・番号	記号 <b>999</b>	番号 <b>00000</b>
氏 名	フリガナ <b>ケンポ タロウ</b> <b>健保 太郎</b>	
住 所	〒 <b>130-0013</b> <b>東京都墨田区錦糸0-0-0</b> 電話 <b>00 (0000) 0000</b>	
生年月日	<b>昭和</b> <b>49</b> 年 <b>10</b> 月 <b>12</b> 日 ( <b>42</b> ) 歳	性別 <b>男</b> ・ 女
喪失理由	1. <b>就職のため</b> ( 令和 <b>1</b> 年 <b>7</b> 月 <b>1</b> 日付で就職 ) 2. その他 ( )	
被保険者証	1. <b>同封する</b> 被保険者証 合計 <u><b>3</b></u> 枚 理由 ( ) 2. 同封しない 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 <b>2.</b> 希望しない	

(注1) 就職による他健保加入の場合は、新たに取得した健康保険被保険者証の写しを添付してください。

(注2) 被保険者証を滅失したときは、「被保険者証滅失届」を添付してください。

※ 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 令和 年 月分)
	備考	

※健保記入欄

受付日付印