

任意継続被保険者資格喪失申出書

ウエスタンデジタルテクノロジーズ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、申し出ます。

被保険者の記号・番号	〇〇〇〇	〇〇〇〇
住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-1 電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
(フリガナ) 氏 名	ケンボ タロウ 健 保 太 郎	
生 年 月 日	昭和・平成・令和 51 年 7 月 31 日 (37) 歳	性 別 男・女

喪失理由	1	就 職 の た め (令和 1 年 5 月 1 日付で就職)
	2	そ の 他 ()

被保険者証等	1	同 封 す る	被 保 険 者 証 等 合 計 2 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) 被保険者証等を滅失した時は、「保険者証等滅失届」を添付してください。
(注2) 喪失日以降に健康保険やヘルスポイントを使用している場合、後日利用分を請求することがあります。

令和 年 月 日

受付日付印

喪失年月日	※ 令和 年 月 日
保険料還付額	※ 円 (平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月分)
備 考	※

(注) ※印の欄は、記入しないでください。