

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	1	同封する	被保険者証 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) 被保険者証を滅失した時は、「保険者証滅失申請書」を添付してください。
(注2) 喪失理由が「1. 就職のため」の場合は、就職先の被保険者証の写しを必ず添付してください。
(注3) 喪失日以降に被保険者証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。