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　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・平成　40　年　5　月　12　日（　56　）歳	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　（　　）		
資格確認書	1. 同封する　資格確認書　合計　3　枚		
	2. 同封しない　理　由　（　　） 返却予定日（令和　年　月　日）		
	2. 希望しない		

当組合の「資格確認書」をお持ちの方は必ず返却ください。

（注1）就職により他健保加入の場合は、新たに取得した「資格確認書」の写しあるいは「資格情報のお知らせ」の写しを添付してください。

（注2）資格確認書を滅失したときは、「資格確認書滅失申請書」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。
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。

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。

※健保記入欄		
	資格喪失年月日	令和　年
	保険料還付金額	（令和　年　月～令和　年　月分）
	備考	

※健保記入欄

202203

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　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)・平成　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　資格確認書　合計 ＿＿ 枚				
	(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.				

（注1）就職による他

（注2）保険証・資格

（注3）本人希望によ
保険証・資格

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。
当組合の「資格確認書」をお持ちの方は、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～令和　年　月分）
	備考	

※健保記入欄

202203