

常務理事	事務長	担当者	

## 健康保険 任継継続被保険者 資格喪失申出書 (任意喪失)

下記のとおり申出します。

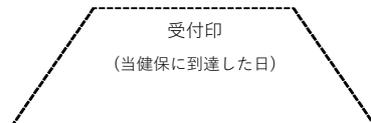
太枠内をご記入ください。

訂正がある場合は、必ず黒の消えないペンで二重線を引き、楷書ではっきりと訂正してください。

被保険者証等		被保険者氏名		生年月日			性別
記号	番号			昭和	年	月	日
8010							
住 所				電 話 番 号			
〒 -							
資 格 喪 失 理 由		本人申出による					

■ 注 意 ■

- 一度ご提出いただいた申出書の取り消しは認められませんのでお気をつけください。
- お持ちの被保険者証または資格確認書は申出書に添付せず、翌月1日以降に別途郵送にて必ずご返却ください。



※ 健 保 使 用 欄	資格喪失年月日			
	令和	年	月	1 日
	被保険者証または資格確認書回収日			
	令和	年	月	日

★資格喪失年月日:当健保組合が申出書を受理した日の属する月の翌月1日