

年	月	日
常務理事	事務長	担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書(就職)

下記のとおり申出します。

太枠内をご記入ください。

被保険者証		被保険者氏名		生年月日			性別	
記号	番号	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">印</div>		昭和・平成	年	月	日	男・女
8010								
住 所				電 話 番 号				
〒 -								
資格喪失年月日 (新しい保険に加入した日)		令 和	年	月	日			
資格喪失理由		就職して新しい健保に加入したため						

必須事項

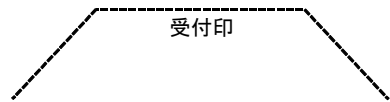
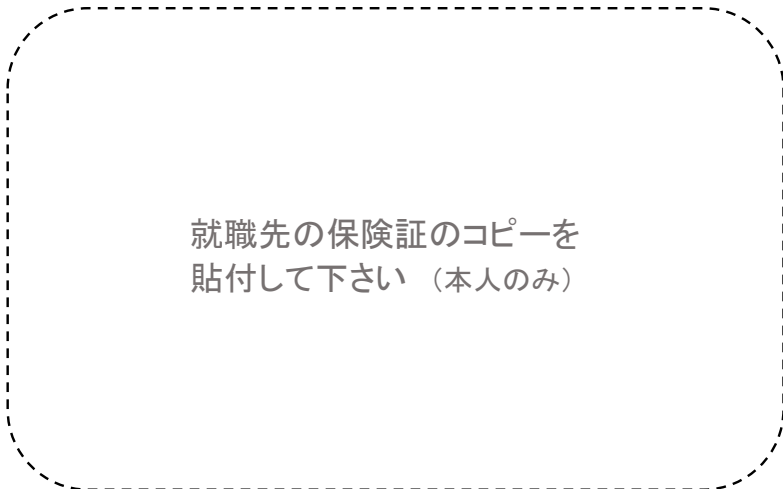
証の枚数をご記入ください

① 麒麟ビール健康保険組合の「被保険者証」の返却 →

- 〔該当者のみ〕
各種証の返却
- ・「高齢受給者証」
 - ・「限度額適用認定証」
 - ・「特定疾病療養受療証」

本人 :	枚
家族 :	枚

② 就職先の新しい保険証のコピー または 「資格取得証明書(写)」の添付



健保使用欄	被保険者証回収日
年	月 日