

# 任意継続被保険者資格喪失申出書

常務理事	事務長		担当

※記入例を確認の上、ご記入ください。  
 ※手書きの場合は、消えないボールペンでご記入ください。

因幡電機産業健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、任意継続被保険者の資格を喪失致したく、届出致します。

令和 年 月 日

被保険者証の記号・番号	記号	番号		
氏名	フリガナ			
住所	〒			
生年月日	昭和 平成	年	月	日 ( ) 歳
				性別 男・女
喪失理由	<input type="checkbox"/> 就職のため (令和 年 月 日付で就職) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
被保険者証	<input type="checkbox"/> 同封する 被保険者証 合計 枚 <input type="checkbox"/> 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) 就職による他健保加入の場合は、新たに取得した健康保険被保険者証の写しを添付してください。

(注2) 因幡電機産業健康保険組合の被保険者証を滅失したときは、「被保険者証滅失届」を添付してください。

※ 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	

受付日付印