

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

| | | | | |
|----------------|---|-------|-------|--------|
| 被保険者等 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 () | | | |
| 資格確認書 | 1. 同封する 資格確認書 合計 枚 理由 () 2. 同封しない 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「資格確認書」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) 資格確認書を交付されていて滅失したときは、書類提出前に健康保険組合へご連絡ください。

| | | |
|----------------------------|---------|-----------------------|
| ※ 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