

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 7 年 1 月 5 日

被保険者等 記号・番号	記号 100	番号 0000
氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	
住所	〒 130-0013 東京都墨田区錦糸0-0-0 電話 00 (0000) 0000	
生年月日	昭和 平成 49 年 10 月 12 日 (42) 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (本人脱退希望)	
資格確認書	<input type="checkbox"/> 同封する 資格確認書 合計 枚 <input checked="" type="checkbox"/> 同封しない 理由 (資格確認書を交付されていないため) 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 日 ~ 令和 年 月 日)
	備考	

※健保記入欄

受付日付印