

常務理事	事務長		担当

任意継続被保険者資格喪失届

下記の通り、任意継続被保険者の資格を喪失致したく、喪失届を提出します。

令和 2 年 12 月 22 日 提出

被保険者の記号・番号	9 9	● ●
住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-1 △□マンション505号室 電話 03 (8765) 4321	
フリガナ	ケンボ イチロウ	
氏 名	健保 一郎	就職の場合は就職日を、後期高齢者制度の該当者になった場合は誕生日を記入してください
生 年 月 日	昭和・平成 35 年 12 月 5 日	55 歳
		男・女
喪失日	平成・令和 2 年 12 月 20 日	
喪失理由 (どちらかに○)	1	就職のため (平成・令和 2 年 12 月 20 日付 で就職) 新しく加入した健康保険または船員保険の情報 (記号: 100 番号: 2015) (資格取得日: 平成・令和 2 年 12 月 20 日) 就職先の名称・所在地 (名称: □□□株式会社) (所在地: 東京都〇〇区□□□1-2-3 □□□ビル)
	2	その他 () 後期高齢者医療制度の被保険者になった場合 () 後期高齢者医療広域連合 (番号:) (資格取得日: 平成・令和 年 月 日)
資格喪失証明書の発行 (どちらかに○)	1. 希望する	2. 希望しない

添付書類

- 再就職先から発行された健康保険証
- 任意継続時の健康保険証 (被扶養者)
- 高齢受給者証および限度額適用認定証 (該当者のみ)
- 健康保険証減失申請書 (任意継続時の健康保険証を減失し返却できない場合)

加入した後期高齢者医療広域連合の都道府県名と番号、資格取得日を記入してください。

再就職先の記・番号と資格取得日、就職先の名称所在地を記入してください。また、再就職先の保険証を添付してください。

健 保 記 入 欄	喪失年月日	平成・令和 年 月 日
	保険料還付額	円
		(年 月 ~ 年 月分)
備考		

受付日付印