

常務理事	事務長		担当

任意継続被保険者資格喪失申出書

大同生命健康保険組合 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 9	番号 〇〇〇〇〇
氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	
住所	〒 151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇 電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
生年月日	昭和 〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇) 歳	性別 男・女
喪失理由	1. 就職のため (〇〇年 〇〇月 〇〇日)	
	2. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため (年 月 日)	
	3. 任意継続被保険者でなくなることを希望するため (年 月 1 日)	
	4. その他 ()	
被保険者証等の返却	1. 同封する 被保険者証 合計 3 枚 ・高齢受給者証 ・限度額適用認定証	
	2. 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) 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。

(注3) 本人希望による喪失の場合、喪失日は申出書を受付けた翌月1日となります。
被保険者証は喪失日以降、速やかに健康保険組合宛に返却ください。

(注4) 65歳から74歳の者で、障害の状態にある旨の認定を広域連合より受けたときは、
広域連合から交付された保険証のコピー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 日 年 月分)
	備考	

受付日付印