

# 健康保険任意継続被保険者 資格喪失届（申出書）

被 保 険 者 欄	被保険者証 記号番号	2000 -
	氏 名	
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
	住 所	〒 -
	電話番号	- -

以下の理由により、任意継続の被保険者資格を喪失したいので届出（申出）します。

該当する番号に○をつけ、必要事項を記入してください。	
<b>1</b>	<b>就職先で健康保険（船員保険）に加入したため</b> ※新しい被保険者証（写）を必ず添付してください。
<b>2</b>	<b>その他の理由で任意継続の資格喪失を希望する</b> (資格喪失理由は問いません) 喪失希望の申出日 令和 年 月 日

返還する保険料の振込先			
金融機関 名 称	銀行・信金・信組	本店・支店 出張所	
	農協・労金	本所・支所	
	金融機関コード <input type="text"/>	支店コード <input type="text"/>	
預金種別	普通・当座	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>
口座名義	(フリガナ)		※被保険者名義の 口座を記入

※任意継続の被保険者証は必ずこの届に添付してください。  
(限度額適用認定証等の交付を受けている場合は、あわせて添付してください。)

※処理完了後、指定の口座に納め過ぎの保険料をお振込みします。  
また、自宅あて「資格喪失通知書」を送付します。

.....  
受付印