

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	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。	
1	就職先で健康保険（船員保険）に加入したため ※加入日が確認できるもの（「資格情報のお知らせ」等）の写しを 必ず添付してください。
2	その他の理由で任意継続の資格喪失を希望する （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
	農協・労金		出張所
	金融機関コード		支店コード
預金種別	普 通 ・ 当 座	口座番号 (左づめ)	
口座名義	(フリガナ)		※被保険者名義の 口座を記入

※当健康保険組合発行の証（被保険者証、資格確認書等）をお持ちの方は必ずこの届に添付してください。

※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