

伺 年 月 日	令和	年	月	日
決 議 年 月 日	令和	年	月	日

常務理事	事務長	担当者

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

申請日： 令和 年 月 日

被保険者証の 記号番号	記号	90	被 保 険 者 の 氏 名			
	番号					
<input type="checkbox"/> 資 格 喪 失 予 定 日		令和	年	月	日	より喪失予定
<input type="checkbox"/> 資 格 喪 失 日		令和	年	月	日	より喪失
喪 失 事 由	適用事業所で新たに被保険者となったため					

※ 申請に当たりの留意事項

1. 他の事業所で新たに被保険者となったときは、新しい被保険者証のコピーを添付して下さい。
2. 保険証をご返送下さい。

受付印

※ 限度額適用認定証、高齢受給者証をお持ちの方はご返送下さい。