

常務理事	事務長		係

任意継続被保険者 資格喪失申出書

日本イーライリリー健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、任意継続被保険者の資格を喪失致したく、届出致します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

被保険者等記号・番号	記号 9 0	番号 ○○○○
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○-○-○ 電話 ○○ (○○○○) ○○○○	
生年月日	昭和 ○○年 ○○月 ○○日 (○○) 歳	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
喪失理由	1. <input checked="" type="radio"/> 就職のため (令和 ○ 年 ○月 ○日付で就職) 2. その他 ()	
返却物	被保険者証 1. <input checked="" type="radio"/> 同封する 資格確認書 合計 <u>2</u> 枚 その他の証 ()	
	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 <input checked="" type="radio"/> 2. 希望しない	

※就職による他健保加入の場合は、新たに加入した健康保険加入先の「資格情報のお知らせの写し」

または「資格確認書の写し」を添付してください。

※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。

返却物がある場合は、喪失日以降速やかに当健保組合宛にご返却ください。

※ 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 こちらは記載不要です (令和 年 月~令和 年 月分)
	備考	

受付日付印