

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

被保険者証の記号・番号	記号 90	番号 00000
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 平成 ○○年 ○○月 ○○日 (○○) 歳	性別 男・女
喪失理由	1. 就職のため (令和 ○年 ○月 ○日付で就職) 2. その他 ()	
被保険者証	1. 同封する 被保険者証 合計 3 枚 その他の証 () 理由 () 2. 同封しない 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	

※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。

※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 令和 年 月 日 令和 年 月分
	備考	

受付日付印

※健保記入欄