

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

常務理事	事務長		担当者

(被保険者が記入するところ)

被保険者証	記号	990	番号	
①再就職先の	健保資格取得年月日 (入社年月日)	年 月 日		事業所名称
	保険組合名			事業所所在地
②加入された国民健康保険の管轄市町村 (例 千葉市国民健康保険)		国民健康保険		

(注意事項)

- 1.上記記入欄①または②の該当するところを記入して下さい。
- 2.この申出書に任意継続の健康保険被保険者証を添付して下さい。
- 3.再就職をされた方は、必ず再就職先の健康保険被保険者証のコピーを添付して下さい。

上記のとおり申し出ます。

年 月 日

申出者の住所: 〒 -

氏 名

電話番号

(健保記入欄)

受付年月日	入力年月日	資格喪失年月日	年 月 日	(備考)
年 月 日	年 月 日	標準報酬月額	円	
		保険証回収	添付・後日(年 月 日) 枚	
		保険料の返還	無・有(年 月分)	