

常務理事	事務長	担当者

受付年月日

任意継続被保険者資格喪失届

① 被保険者番号	6148-
② 資格喪失の年月日	令和 年 月 日
③ 資格喪失の理由	1. 会社に就職し、健康保険の被保険者資格を取得したため (資格取得年月日 ・ 令和 年 月 日) 2. その他 () (事由発生日 ・ 令和 年 月 日)
④ 備考	

<記入上の注意>

- ②の資格喪失日は他の保険の被保険者資格を取得した日となります。
- ③については、1、2、のいずれかに○印をつけたうえ、年月日を記入してください。また、理由が1の場合には、就職先の健康保険証のコピーを必ず添付してください。

上記のとおり、届け出いたします。 令和 年 月 日

住所 〒 -

氏名・捺印



ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

(令和元年5月)