

常務理事	事務長	担当者

任意継続被保険者 資格喪失申出書

キューピー・アヲハタ健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、任意継続被保険者の資格喪失理由に該当したため、届出いたします。

被保険者証の記号・番号	記号 50	番号 — 00
氏名	フリガナ	
住所	〒 電話 ()	
生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	性別 男・女
喪失理由	1. 就職のため (令和 年 月 日付で就職) 2. 申出により任意継続保険の資格を喪失したため 3. その他 ()	
被保険者証 限度額適用認定証 その他証	喪失理由が「2. 申出により任意継続保険の資格を喪失したため」の場合は、 喪失日以降速やかに健保組合宛に返却ください。 1. 同封する 被保険者証 合計 _____ 枚 限度額適用認定証 合計 _____ 枚 その他証() 合計 _____ 枚 2. 同封しない 理由 () 返却予定日 (令和 年 月 日)	

令和 年 月 日提出

(注1) 「1. 就職のため」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。

※家族全員分

(注2) 「2. 申出により任意継続保険の資格を喪失したため」の場合は、**喪失日は申出書を受付けた翌月1日**となります。

※例: 喪失申出書を1月31日に投函し、2月2日に健保組合に到着した場合⇒3月1日喪失

(注3) 被保険者証を滅失したときは、「被保険者証滅失届」を添付してください。

(健保組合ホームページよりダウンロードしてください)

※ 健 保 記 入 欄	資格喪失年月日	令和 年 月 日
	保険料還付金	あり ・ なし 令和 年 月～令和 年 月分
	備考	

受付日付印