

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

年 月 日

任意継続被保険者 資格喪失申出書

ダイフク健康保険組合 理事長 殿

下記の通り、任意継続被保険者の資格を喪失致したく、喪失申出書を提出します。

| | | | |
|------------|----------|-----|-----|
| 被保険者の記号・番号 | | | |
| 住 所 | 〒 電話 () | | |
| (フリガナ) 氏名 | ----- | | |
| 生 年 月 日 | 年 月 日 | 性 別 | 男・女 |

| | | |
|--------|---|---------------------|
| 資格喪失理由 | 1 | 就職のため (年 月 日付で就職) |
| | 2 | 被保険者からの申し出 |
| | 3 | その他 () |

| | | |
|------------|---------|----------|
| 資格喪失証明書の発行 | 1. 希望する | 2. 希望しない |
|------------|---------|----------|

| | | | | |
|----------------------------------|------|--|------|-------|
| 過入金時の保険料還付 振込先 (還付が無い場合もあります) | 銀行 | | 支店 | 普通・当座 |
| | 口座番号 | | 口座名義 | |

- (注1) 被保険者証を滅失した時は「被保険者証滅失届」を添付してください。
(注2) 喪失理由が「1. 就職のため」の場合は、就職先の被保険者証の写しを必ず添付してください。
(注3) **被保険者証は、申出書と一緒に返却しないでください。**
被保険者証は、喪失日の翌日以降に、ご返却をお願いします。
(喪失日は当申出書が健康保険組合にて受領した日の翌月1日となるため)

【健保記入欄】

受付日付印

| | |
|--------|---------------------|
| 喪失年月日 | 年 月 日 |
| 保険料還付額 | 円 (年 月 ~ 年 月分) |
| 備 考 | |