

常務理事	事務長	担当

任意継続資格喪失申出書

滋澤健康保険組合 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	記号	番号
住 所	〒 電話 ()	
(フリガナ) 氏名		
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	性 別 男・女

喪失理由	1	就職等により新たに被保険者資格を取得したため (資格取得日：令和 年 月 日) ※新しい保険証のコピーを添付ください。
	2	任意の資格喪失 ※任意の資格喪失の申出については、滋澤健康保険組合が本申出書を受理した日の属する月の翌月1日が資格喪失日となります。但し、受理した日の属する月の保険料を納付期限までに納めなかった場合は、納付期限の翌日付で資格喪失となります。原則として申出後に取消はできません。
	3	その他 (理由)

被保険者証	1	同封する	合計 枚
	2	同封しない	理由 () 返却予定日 (令和 年 月 日) ※喪失理由が「2. 任意の資格喪失」の場合、本申出書提出時には保険証は同封いただかなくて結構です。滋澤健康保険組合にて本申出書を受領後に保険証の返却案内をいたします。

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

過入金分保険料還付先 (還付が無い場合もあります)	銀行	支店	普・当	No.
------------------------------	----	----	-----	-----

受付日付印

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

(注) ※印の欄は、記入しないでください。