



	常務理事	事務長	課長	係
伺				

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

1. 任意継続被保険者証の	記号	2000
	番号	<b>1234</b>
2. 被保険者氏名	<b>健保 太郎</b>	
3. 生年月日	昭和 平成 <b>5 5</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日	
4. 住所	<b>さいたま市南区鹿手袋〇-〇-〇</b>	
5. 電話番号（日中の連絡先）	<b>080 ( 0000 ) 0000</b>	
6. 資格喪失年月日（お勤め先で交付された健康保険証の資格取得年月日）	令和 <b>4</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日	
7. お勤め先の	名称	<b>株式会社 〇〇建設</b>
	所在地	<b>さいたま市大宮区〇〇町〇-〇-〇</b>
8. 摘要欄		

○お勤め先で交付された健康保険証のコピーと任意継続の健康保険証を添付してください。  
もし任意継続の健康保険証を添付できない場合は、「8. 摘要欄」にその理由を記入してください。