伺	常務理事	事務長	課長	係

健康保険　任意継続被保険者　任意資格喪失申出書

1．任意継続被保険者証の	記号	2000
	番号	
2．被保険者氏名		
3．生年月日		昭和 ・ 平成　　年　　月　　日
4．住所		
5．電話番号（日中の連絡先）		（　　）
6．任意の資格喪失年月日		令和　　年　　月　1　日
7．摘要欄		

※健康保険証については、資格喪失後速やかにご返却ください。