

	常務理事	事務長	課長	係
伺				

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	1234
2. 被保険者氏名	健保 太郎	
3. 生年月日	昭和 平成	5 5 年 1 月 1 日
4. 住所	さいたま市南区〇〇町1-2-3	
5. 電話番号（日中の連絡先）	090 (000) 0000	
6. 任意の資格喪失年月日	令和	5 年 4 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。

資格喪失日は提出する日の翌月1日となります。（例：4/1で喪失希望の場合は前月3月中に到着が必要です。処理の関係上、前月20日までに届くようお願いいたします）