健康保険任意継続被保険者資格 喪失届（申出書）

（ほけんをやめるとき）

常務理事	事務長	事務長代行	業務課長	係　長	担　当

※□伺い：　年　月　日申出書を受理し　年　月　日付資格喪失いたしたくお伺いいたします。

任意継続 ①被保険者の	記号　９９９９ 番号				
②資格喪失年月日 ア、未納月の 11 日 イ、満了日の翌日 ウ、再就職した日：資格取得日 エ、死亡日の翌日 オ、申出書が受理された日の属する月の翌月１日 例）1/15 受理の場合、2/1 が資格喪失日となります。 令和　年　月　日	③資格喪失の原因 ア 保険料未納 イ 期間満了 ウ 再就職 エ 死亡 オ 申し出	④ 被扶養者の有無 有 ・ 無	⑤ 保険料額 １箇月分 円	※標準報酬月額 千円 ※被保険者証・資格確認書 添付　滅失　返遅延　返不能	
喪失証明書について	資格喪失の原因が上記③のア.保険料未納、イ.期間満了、オ.申し出のいずれかに該当する場合は、自動的に資格喪失証明書が発行されます。それ以外の喪失事由で証明書ご希望の場合は、当組合にご連絡ください。			※任継保険料を納入した期間 令　年　月分 ～ 令　年　月分迄 （最終納入年月日）　令　年　月　日	
備考					

上記のとおり、被保険者証又は資格確認書を添えてお届けいたします。

令和　年　月　日

〒　　TEL　（　）

伊藤忠連合健康保険組合　理事長　殿

届出者　住所

氏名

届出上の注意

・②・③の「オ」は、ア～エ以外に該当する場合のみ選択できます。

・「オ」の申し出の場合は、先に申出書をＦＡＸまたは郵送でお送りいただき、
資格喪失日以降に被保険証又は資格確認書を返却ください。（ＦＡＸ03-3662-9955）

※受付日付印

・③には、該当原因ア～オに○印をすること。

・「ウ」の再就職の場合は、勤務先で受けられた「資格情報のお知らせ」の写し又は「資格確認書」の写しを必ず添付のこと。

・④には、該当に○印をすること。

※印には記入しないこと。