

常務理事	事務長	課長	担当者

○の箇所を記入してください

任意継続被保険者資格喪失届 (被扶養者のみ)

記号	999	○番号		○氏名		○資格 取得日	年	月	日
○住所	〒 郵便の届く住所					○電話 番号	日中連絡のとれる連絡先		

被扶養者のみ 喪失する場合	○氏名		○続柄		○資格 喪失日	年	月	日
○喪失理由	A. 就職 B. 婚姻・離婚等 (理由) C. 死亡							

「資格喪失日」

A：新加入先での資格取得日

B：理由発生日

C：死亡日の翌日

添付書類	A	任意継続被保険者証+新しい被保険者証のコピー
	B	任意継続被保険者証+新しい被保険者証のコピー
	C	任意継続被保険者証+死亡日が確認できるもの

既に納められた保険料が還付となる場合があります。
被保険者名義の口座情報をご記入ください。

銀行コード					店番号			
フリガナ								
銀行名								
フリガナ								
支店名								
口座番号	普通	No.						
フリガナ								
口座名義								

受 付 印

(R4.4)