

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		生年月日	年	月	日
住所	〒 (TEL)					資格 取得日	年	月	日

被扶養者氏名		続柄		資格 喪失日	年	月	日
喪失理由	①就職 ②婚姻・離婚等 (理由) ③死亡						

「資格喪失日」

- ①：新加入先での資格取得日
- ②：理由発生日
- ③：死亡日の翌日

添付書類	①	A 当健保組合の健康保険資格確認書(交付された方に限る) + B 新加入先の資格情報のお知らせのコピー または 資格確認書のコピー
	②	A 当健保組合の健康保険資格確認書(交付された方に限る)
	③	A 当健保組合の健康保険資格確認書(交付された方に限る) + B 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

(R8.4)