

常務理事	事務長	課長	担当者

任意継続被保険者資格喪失届

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

資格 喪失日	年	月	日	喪失 理由	A. 就職 B. 申出 C. 死亡
-----------	---	---	---	----------	-------------------

「資格喪失日」

A：新加入先での資格取得日

B：喪失届受理日の属する月の翌月1日

C：死亡日の翌日

<国保に切り替える><扶養家族になる>などの自己都合の場合、理由はBとなります。

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
	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

(R5.8)