

常務理事	事 務 長	係	係	担当者

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		任 継		番 号	
	資 格 喪 失 年 月 日		令和		年 月 日	
	標 準 報 酬 月 額		千 円			
	資格喪失の理由 ※該当する項目に ○印又は日付を 記入して下さい		1. 任意脱退 (申出日の翌月 1 日に資格喪失) 2. 被保険者が死亡した 3. 再び健康保険の被保険者になった (令和 年 月 日 資格取得) 4. その他 (理由)			
	再取得(就職) した事業所		名 称			
			所 在 地			
			電話番号			
	再取得した事業所の 管轄社会保険事務所 又は健康保険組合		名 称			
			所 在 地			
	被保険者証の記号・番号		記号		番号	
備 考						
上記のとおり資格喪失の申請をします。 年 月 日 申請者 住所 キクチ健康保険組合 殿 氏名 TEL ()-()-()						

- 注 意
- ① この申請書には必ず被保険者証を添付してください。
 - ② 被保険者証を紛失した場合は被保険者証滅失届を添付して下さい。