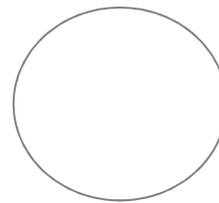


任意継続組合員資格喪失申出書



※ 該当する口にレ印を記入してください。

下記の資格喪失理由に該当するため、申し出ます。

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------|------------------|-------|-------------|--|----------|--|--|--|--|
| | | 記入日 | | 年 月 日 | | | | | | | |
| 任意継続組合員 記号 | 記号 | | 番号 | | 申出者 氏名 | | | | | | |
| | 5 | 8 | 1 | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 _____ | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | _____ ☎() _____ | | | | | | | | | | |
| 資格喪失理由 | <input type="checkbox"/> 就職して、健康保険の被保険者(組合員)となった | | 資格取得年月日 年 月 日 | | | | | | | | |
| | <table><tr><td>就職先事業所名</td><td></td></tr><tr><td>新しい保険証の記号番号</td><td></td></tr><tr><td>新しい保険者番号</td><td></td></tr></table> | | 就職先事業所名 | | 新しい保険証の記号番号 | | 新しい保険者番号 | | | | |
| | 就職先事業所名 | | | | | | | | | | |
| | 新しい保険証の記号番号 | | | | | | | | | | |
| | 新しい保険者番号 | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療の被保険者等となった | | 資格取得年月日 年 月 日 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 任意継続組合員となった日から2年を経過した(期間満了) | | 期間満了年月日 年 月 日 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 死亡した | | 死亡年月日 年 月 日 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 任意継続組合員でなくなることを希望する (国民健康保険へ加入する場合や 家族の被扶養者になる場合が該当します) ※ 資格喪失日は、申出日の翌月1日です。申出日が喪失日とはなりません。 | | 申出日 年 月 日 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 『資格喪失証明書』の交付を希望する場合は、左の口にレ印を記入してください。 | | | | | | | | | | | |

〔注意事項〕

(2022.1改訂)

- ・この申出書には「任意継続組合員証」及び「任意継続組合員被扶養者証」を必ず添付してください。
- ・任意継続組合員が死亡した場合は、ご遺族の方が記入して提出してください。

共済組合使用欄

| 資格喪失年月日 | 入力年月日 | 証返納日 | 受付簿 | 調定 | 検 | 印 |
|---------|-------|------|-----|----|---|---|
| | | | | | | |