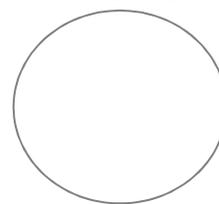


## 任意継続組合員資格喪失申出書



※ 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	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日									
任意継続組合員 記号	記号	番号					申出者 氏名	岡山 桃子				
	5 8 1	* * * * *										
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇											
電話番号	〇〇市〇〇町△-△-△△							☎( 086 ) 〇〇〇 - 〇〇〇〇				
資格喪失理由	<input checked="" 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	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日				
		就職先事業所名	岡山サンピーチ									
		新しい保険証の記号番号	〇〇〇〇									
		新しい保険者番号	〇〇〇〇									
	<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			
	<b>該当する項目の口にチェックをいれてください。</b>					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					申出日	年	月	日			
	(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。											
<input checked="" 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〕

- ・この申出書には「任意継続組
- ・任意継続組合員が死亡した場合は

(2022.1改訂)

ださい。

次の健康保険への加入手続きの際に「資格喪失証明書」が必要となる場合があります。ご希望に応じて送付させていただきます。手続きの方法は次に加入する健康保険にお尋ねください。

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