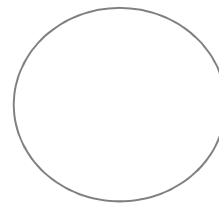


## 任意継続組合員資格喪失申出書



※ 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 番号	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〕

(2024.12改訂)

・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