



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			
任意継続組合員番号	記号	番号			申出者名	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		※資格取得年月日は新たな就職先で発行される「資格情報通知書」等を参考に正確な年月日を記入してください。	
	<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	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〕

・任意継続組合員が死亡した場合

(2025.3改訂)

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