



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			申出者名	
	5	8	1				
住所	〒 _____						
電話番号	_____ 番() - _____						
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 border="1"><tr><td>就職先事業所名</td><td></td></tr></table>	就職先事業所名		※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。			
	就職先事業所名						
	<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 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〕

(2025.3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