

健康保険任意継続被保険者資格喪失届

(ほけんをやめるとき)

常務理事	事務長	業務課長	課長代行	係長	担当

任意継続被保険者証の番号	任継	9999				
資格喪失年月日 (ア、未納月の11日) (イ、満了日の翌日) (ウ、再就職した日：資格取得日) (エ、死亡日の翌日)	資格喪失の原因 ア 保険料未納 イ 期間満了 ウ 再就職 エ 死亡		被扶養者の有無 有・無	保険料額 1箇月分 円	標準報酬月額 千円	
令和 年 月 日					被保険者証 添付 滅失 返遅延 返不能	
資格喪失証明書の要・不要			要(指定用紙有・無)	不要		
備考			任継保険料を納入した期間 平・令 年 月分 ~ 平・令 年 月分迄 (最終納入年月日) 平・令 年 月 日			

上記のとおり、被保険者証を添えてお届けいたします。

令和 年 月 日

〒 _____ TEL () _____

伊藤忠連合健康保険組合 理事長 殿

届出者 住所 _____

届出上の注意

には、該当原因ア～エに 印をすること。

氏名 _____

ウ・再就職の場合は、**勤務先で受けられた保険証の写し**を必ず添付のこと。

____ 受付日付印

には、該当に 印をすること。

には、該当に 印をすること。要で指定された用紙がある場合は添付すること。

には、任継保険料に関し納入済の該当月を記入。

印には記入しないこと。