

# 健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

届書コード		常務理事	事務長	担当者
2 3 2				

被保険者証の記号・番号 または個人番号	申請者の氏名	生 年 月 日	性別	資 格 喪 失
		昭和 平成	1: 男 2: 女	
郵便番号	申請者の住所	電話番号		被扶養者の有・無
				0: 無 1: 有

○ 再就職の場合

再 就 職 事 業 所 の	健康保険被保険者証の	健康保険の 資格取得年月日	備 考
名 称	記 号	年 月 日	
所在地	番 号		

○法定期間（2年）経過による

資格取得年月日	令和 年 月 日	資格喪失年月日	令和 年 月 日	
---------	----------	---------	----------	--

○申出による \_\_\_\_\_ \*申出の場合は、下線部に「資格喪失を申出します」と記入してください。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

<注意事項>

- 当組合発行の被保険者証をこの申出書に添付してください。  
 なお、申出による場合は、申出書受理日の翌月1日に資格喪失しますので、申出書受理日の翌月1日以降すみやかに被保険者証を郵送等で返却してください。  
 再就職の場合は、新しい事業所の被保険者証のコピーを添付してください。新しい事業所の被保険者証を未入手の場合は、  
 まず現被保険証を添付して喪失申出書のみ提出し、新被保険証は受領次第そのコピーをお送り下さい。

ベシアグループ健康保険組合