常務理事	事務長	担当

健康保険　　任意継続被保険者資格喪失申出書

提出日	令和　　年　　月　　日	＊被保険者本人が氏名を記入した場合、本人の押印は省略できます。					
被保険者証の記号番号	記号　99	被保険者氏　名	ﾌﾘｶﾞﾅ	生年月日	昭和・平成	年	月　日
	番号		㊞				
被保険者住所	〒	連絡先	自宅　（　　）				
			携帯　（　　）				
Eメールアドレス							
喪失理由	1.　就職のため　（令和　　年　　月　　日付で就職） ＊新しく加入した健保組合の保険証のコピーを添付してください。						
	2.　その他　（　　）						
資格喪失証明書の発　行	1.　希望する　　2.　希望しない						

上記のとおり任意継続被保険者資格喪失を申請します。

◎「任意継続被保険者資格喪失申請書」提出の際は、被保険者証を添付してください。
（被扶養者の保険者証も含む）
◎ 被保険者証をなくしたときは、「被保険者証滅失・毀損 再交付申請書」を記入し、添付してください。
（再交付申請書の再交付希望欄については、希望しないに〇をしてください。）
◎ 喪失理由が就職の場合は、就職先で新しく加入した健康保険の被保険者証の写しを添付してください。
◎ 保険料の還付があるときは、資格喪失後に別途ご案内をいたします。

受付日付印

マクニカ健康保険組合