

常務理事	事務長	担当者	担当者

22

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

(太枠内を記入してください)

被 保 険 者 情 報	被保険者証	記号		(フリガナ)	
		番号		被保険者の氏名	
	生年月日		昭和・平成 年 月 日		
喪 失 事 由 (い ず れ か 記 入 下 さ い)	1. 再就職先で健康保険の被保険者資格を取得した為 (新しく加入の資格情報のお知らせのコピーを添付下さい)				
	資格取得日(入社日)	令和 年 月 日			
	2. 被保険者本人の死亡の為				
	死亡年月日	令和 年 月 日			
	3. 申出により任意継続保険の資格を喪失したい為				
上記のとおり届出します。					
令和 年 月 日					
申請者 氏名 (印)					
連絡先 〒 —					
電話 ()					

(注) ○ 就職された場合は、すみやかに北越コーポレーション健康保険組合へこの申請書をご提出ください。
○ 北越コーポレーション健康保険組合の被保険者証もしくは資格確認書(いずれも加入者全員分)、
また高齢受給者証・限度額適用認定証(お持ちの場合)等、全てご返却をお願いいたします。

受付印