受付印

平成		年	月	日
常務理事	事務長			係

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

1 被保険者証の記号・番号

記号 **9** 番号 1234

2 申出者の氏名・性別

健保 太郎 **男**・女

3 生年月日

昭和・平成 **26**年 **6**月 **4**日

4 資格喪失年月日（新たに加入する健保の資格取得日）

平成 **XX**年 **8**月 **1**日

5 就職後の健康保険の被保険者証の記号番号

記号 001

(保険証の写しを添付してください)

番号 020304

健保名称 XXXX 健康保険組合

上記の通り、
就職し他の健保の被保険者になったため、任意継続被保険者の資格喪失を申出ます。

平成 **XX**年 **X**月 **XX**日

ノバルティス健康保険組合 理事長 殿

申出者の 〒**105-0000**

住所 東京都港区〇〇1-2 △△マンション 102号

氏名 健保 太郎 **印** 電話 03 (3797) 2345

【留意事項】

- すでに保険料を納付していただいている場合は、後日、健保より「還付請求書」をお送りしますので、還付請求してください。

必ず「押印」してください。(サインは不可)