

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 ①被保険者証 の番号	任 継	9999	②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)		③資格喪失の原因	④被扶養者 の有無	⑤保険料額 1箇月分	※標準報酬月額 千円
平成 年 月 日	ア 保 険 料 未 納	イ 期 間 満 了	ウ 再 就 職	エ 死 亡	有・無	円	※被保険者証 添付 滅失 返遅延 返不能	
⑥資格喪失証明書の要・不要			要(指定用紙有・無) 不要		⑦任継保険料を納入した期間			
⑧備考					平成 年 月分 ~ 平成 年 月分迄 (最終納入年月日) 平成 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。

平成 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

③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

④には、該当に○印をすること。

⑥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。

⑦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。