

就職したとき

常務理事	事務長	担当	

## 任意継続被保険者資格喪失申出書

アルプス技研グループ健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、任意継続被保険者の資格喪失理由に該当したため、届出いたします。

令和 4 年 1 月 12 日

被保険者証の記号・番号	記号 999	番号 〇〇〇〇〇
氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	
住所	〒 130-0013 東京都墨田区錦糸〇-〇-〇 電話 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇	
生年月日	昭和 40 年 5 月 12 日 ( 56 ) 歳 平成	性別 男・女
喪失理由	1. 就職のため ( 令和 2 年 7 月 1 日付で就職 ) 2. その他 ( )	
被保険者証	1. 同封する 被保険者証 合計 3 枚 理由 ( 就職先の保険証の写しと、当組合の保険証を同封してください。 ) 2. 同封しない 返却予定日 ( )	
資格喪失証明書の発行	1. 希望する 2. 希望しない	

(注1) 就職による他健保加入の場合は、新たに取得した健康保険被保険者証の写しを添付してください。

(注2) 被保険者証を滅失したときは、「被保険者証滅失届」を添付してください。

(注3) 本人希望による喪失の場合、喪失日は申出書を受付けた翌月1日となります。被保険者証は喪失日以降速やかに健保組合宛に返却ください。

※ 健保記入欄	資格喪失年月日	令和 年 月 日
	保険料還付金額	円 年 月分
	備考	

受付日付印

資格喪失を希望するとき

常務理事	事務長	担当	

任意継続被保険者資格喪失申出書

アルプス技研グループ健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、任意継続被保険者の資格喪失理由に該当したため、届出いたします。

令和 4 年 1 月 12 日

被保険者証の記号・番号	記号 999	番号 〇〇〇〇〇
氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	
住所	〒 130-0013 東京都墨田区錦糸〇-〇-〇 電話 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇	
生年月日	昭和 40 年 5 月 12 日 ( 56 ) 歳	性別 男・女
喪失理由	1. 就職のため ( 令和 年 月 日付で就職 ) 2. その他 ( 令和4年2月1日資格喪失希望のため )	
被保険者証	1. 同封する 被保険者証 合計 ____ 枚 理由 (喪失予定日(翌月1日)以降に返却予定のため) 2. 同封しない 返却予定日 ( 令和 4 年 2 月 1 日 )	
資格喪失証明書の発行	1. 希望する 2. 希望しない	

(注1) 届出後、資格喪失日を通知させていただきます。

(注2) 届出による喪失を希望する場合、健保が申請書を受け付けた月の翌月1日が資格喪失日になります。

(注3) 資格喪失後は、保険証は喪失日

届出による喪失を希望する場合、健保が申請書を受け付けた月の翌月1日が資格喪失日になります。保険証は、翌月1日以降速やかにご返却ください。

※ 健保記入欄	資格喪失年月日 令和 年 月 日
	保険料還付金額 円 ( 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 )
	備考

※ 健保記入欄