

常務理事	事務長	調
		記入例

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失届

1	被保険者の 記号及び番号	9	9	9	9	-	1	1	1	1
2	生年月日	昭和・平成 30年 1月 1日								
3	申請者の氏名	(氏) 健 保			(名) 太 郎			健保		
4	郵便番号				-	×	×	×	×	
5	住 所	兵庫 都道府県 神戸市 町×××								
6	電話番号	()			-	××××				

届出者本人が氏名を署名した場合、本人の押印は不要です。

次のとおり届け出します。

7	資格喪失年月日	平成	年	月	××	日
8	資格喪失の事由	<p>被保険者証の記号番号等を記入してください。</p> <p>健康保険の被保険者資格を取得したため。</p> <p>(1) 再取得後の健康保険被保険者証の記号番号 () - ×××××</p> <p>(2) 適用事業所の名称及び所在地 名 称 (株式会社) 所 在 地 (県 市 町×××</p> <p>(3) 資格取得年月日 (平成 年 月 ×× 日)</p>				
9	摘 要 欄					

10	社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印