

平成 年 月 日

提出先：ニチレイ健康保険組合

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請書

(資格を喪失したとき)

【届出上の注意】

- 健康保険被保険者証の返却時にこの届出用紙を添付してください。
- 就職された方は、新しい健康保険被保険者証(保険証)の写しを添付してください。
- 太わく内は、必ず記入・捺印してください。

	記号	番号	提出日	平成	年	月	日
被 保 険 者		—	氏名	(印)			
	生年月日	昭和・平成	年	月	日		
	住所	郵便番号	—	都道	府県		
	電話	電話 ()	—				
資格喪失の原因(該当する項目に○印をしてください)				資格喪失証明書発行希望			
1. 就職・開業(平成 年 月 日) ※ 新しい被保険者証の資格取得年月日を記入				要	不要		
2. 被保険者死亡(平成 年 月 日死亡)				要	不要		
3. 法定期間満了				発行いたします			
4. その他				要	不要		

注意：資格喪失事由に該当しない場合等に、任意に脱退することはできません