

## 健康保険任意継続被保険者資格喪失届

マルハン健康保険組合理事長 殿

常務理事	事務長		担当

下記の通り、任意継続被保険者の資格を喪失致したく、喪失届を提出します。

\*個人番号で申請する場合は、個人番号および本人確認するための添付書類が必要です。

被保険者記号・番号 (個人番号での申請も可)	99 - 〇〇〇		
住所	〒 〇〇〇-△△△△ 〇〇県〇〇市1-2-3 〇〇マンション105号室 自宅TEL 〇〇 ( 1234 ) 携帯TEL ( )		
(フリガナ)	ケンボ タロウ		
氏名	健保 太郎 (健)		
生年月日	昭和・平成 〇〇年 7月 26日	(〇〇)歳	性別 男・女

喪失理由	1	就職の為	(平成 〇〇年 7月 1日付就職)
	2	その他	( )

被保険者証	1	同封する	被保険者証 3枚
	2	同封しない	理由 返却予定日 平成 年 月 日

資格喪失証明書の発行	1	希望する	2	希望しない
------------	---	------	---	-------

喪失年月日	※ 平成 年 月 日
保険料還付額	※ 円 (平成 年 月～ 年 月分)
備考	※

受付日付印

注：※印の欄は、記入しないでください。