

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)			
住 所	〒		
	自宅TEL	()	
	携帯TEL	()	
(フリガナ)			
氏 名	Ⓜ		
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	() 歳	性 別 男・女

喪失理由	1	就 職 の 為	(平成 年 月 日付就職)
	2	そ の 他	()

被保険者証	1	同 封 す る	被保険者証 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。