

常務理事	事務長		担当

## 任意継続被保険者資格喪失申出書

FWD生命保険健康保険組合 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。

被保険者証の記号・番号	記号	番号
氏名	フリガナ	
住所	〒	
生年月日	昭和 平成	年 月 日 性別 男・女
喪失理由	1. 就職のため ( 令和 年 月 日付で就職 )	
	2. 申出により任意継続保険の資格を喪失したため	
	3. その他 ( )	
被保険者証	1. 同封する 被保険者証 合計 _____ 枚	
	理由 ( )	
	2. 同封しない 返却予定日 ( 令和 年 月 日 )	
資格喪失証明書の発行	1. 希望する 2. 希望しない	

令和 年 月 日提出

(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 (令和 年 月～令和 年 月分)
	備考	

受付日付印