

常務理事	事務長	担当者

健康保険任意継続被保険者資格喪失申請書(再就職)

記号番号かマイナンバーのどちらかで申請してください
(マイナンバーで申請する場合には、本人確認書類・個人番号確認書類の提出が必要です)

被保険者等		マイナンバー記入欄 (記号番号を記入した場合は不要です)	
記号	番号		
1999			
フリガナ			生年月日
氏 名	男・女	昭和・平成	
		年 月 日生	
再就職先 事業所	名 称		
	住 所		
	健康保険組合名	健康保険組合	
	資格取得年月日	令和 年 月 日	
上記の通り再就職しましたので、任意継続被保険者の資格喪失を申請致します。			
令和 年 月 日			
郵便番号 〒			
住 所 都道府県			
氏 名			
電話番号 (携帯番号)			
* 固定電話のない方は、携帯番号を記入下さい			

※ 添付書類 ①任継保険証または森永が発行した資格確認書
②新しく加入した健保が発行する資格確認書または資格情報のお知らせのコピー