

科研製薬健康保険組合 理事長殿

提出日： 年 月 日

常務理事	事務長	担当者

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

本人記入欄	健康保険証の番号	99 —
	氏名	印
	住所	〒 —
	電話番号	TEL — —
	喪失理由 該当する項目に○をつけて下さい	1. 再就職したため (資格取得日： 年 月 日) ※ 再取得した健康保険の「資格取得年月日」を記入してください。交付日ではありません。 ※ 新しい健康保険の「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」コピーを添付してください。
		2. 脱退のため(国保健康保険、その他健康保険へ加入のため) (資格取得日： 年 月 日) 3. 保険料を納付期限までに納付しなかったため (未納保険料： 年 月分)
	備考	

健保記入欄	喪失日	令和 年 月 日
	備考	