

伺	令和	年	月	日
常務理事	事務長	課長	係	

任意継続被保険者 資格喪失申出書

令和 年 月 日

神戸貿易健康保険組合 様

任意継続被保険者の資格を下記の理由で喪失することを申出ます。

- ☐ 任意脱退(申出が受理された日の属する月の翌月1日)
- ☐ 社会保険(健康保険)の被保険者資格を取得したため(就職) 令和 年 月 日就職
- ☐ 後期高齢者に該当したため (75歳到達 ・ 65歳で一定の障害がある方)
- ☐ 船員保険の被保険者資格を取得したため

記号 _____ 番号 _____

〒 -

(申出者) 住所 _____

Tel - -

氏名 _____

備考

個人番号(マイナンバー)の記載を希望される被保険者は、こちらに記入してください。ただし、個人番号を記載された場合は、個人番号確認と身元確認のできる書類(個人番号カードの写し等)の添付が必要です。
(個人番号:)