

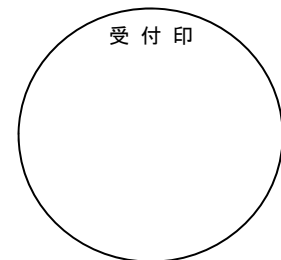
伺 い	常務理事	事務長	課 長	主 任	担当者

## 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 ( 又 は 家 族 ) が 記 入 す る 欄	被保険者証 の記号番号	9 8 -	被保険者 生年月日	年 月 日	
	氏 名				
	住 所	〒 -			
	電話番号	( ) -			
	喪失理由  該当するものに ○をして下さい	1. 脱退を希望する（国保加入または被扶養者になるため） 2. 再就職（※資格取得年月日 令和 年 月 日） ※再就職先の被保険者証の「資格取得年月日」をご記入下さい。交付日ではありません。 ※再就職先の被保険者証のコピー又は健康保険資格取得証明書を添付してください。 3. 死 亡（死亡年月日 令和 年 月 日）			

上記のとおり届出します。

健 保 記 入 欄	資格喪失日	令和 年 月 日
	【申出受理日】	令和 年 月 日
	証回収日	令和 年 月 日
	備 考	



### 【注意事項】

- (注1) 「脱退を希望する」場合は、その申し出が受理された日の属する月の末日で脱退となります。（翌月1日に資格喪失となります。）
- (注2) 資格喪失の際は、必ず当組合の「被保険者証」を返納してください。
- (注3) 資格喪失日以降に当組合の被保険者証を使って医療機関等に受診した場合は、後日、その医療費を返還していただくこととなりますので、ご注意ください。

静岡県自動車販売健康保険組合理事長 様