

常務理事	担 当

任意継続被保険者資格喪失確認書

①記号・番号	100		②被保険者の氏名	
③ 性別	男 ・ 女	④ 生年月日	昭和・平成	年 月 日生
⑤ 住 所	(郵便番号)	-	(電話)	- -

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

		提出日	令和	年	月	日
⑥ 資格喪失の事由 ※番号を「○」で囲み、必要事項を記入してください。	1	任意継続被保険者期間が満了したため 満了年月日 (令和 年 月 日)				
	2	保険料が納付期日までに納付されなかったため 喪失年月日 (令和 年 月 日)				
	3	被保険者が死亡したため 死亡年月日 (令和 年 月 日) 記入者氏名 続柄()				
⑦ 資格喪失証明書発行の有無	有 ・ 無					
⑧ 資格確認書回収状況	回収 枚 (限 枚・高 枚)				回収不能	

※	資格喪失年月日	令和	年	月	日 喪失
---	---------	----	---	---	------

○注意事項

1. 枠内に記入してください。
2. 返送時には交付されている全ての保険者証・資格確認書を添付してください。
また、高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けている場合は、それらも併せて添付してください。
3. 交付されている各証を添付できない場合は、別途各証の「回収不能・滅失届」が必要です。
4. ※は記載不要です。

／ 受付日付印 ＼