<記入見本>

常務理事	事務	長	担当		
資格喪失日	令和	年	月	日	

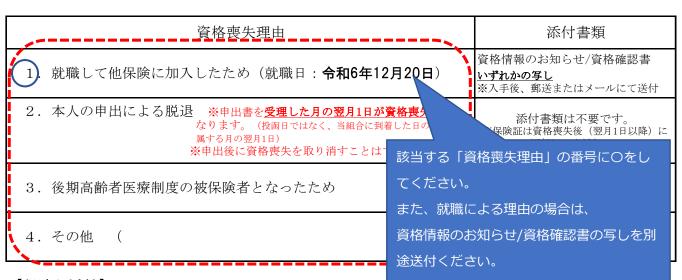
健康保険 任意継続被保 記入日、保険証の番号、氏名、生年月日、

記入日、保険証の番号、氏名、生年月日、 住所、電話番号をご記入ください。

下記理由により、任意継続被保険者の資格を喪失し

記入年	年月日	令和 6 年 12 月	1 目			
記号	番号	被保険者氏名		生年月日		
1000	1234	五反田 太郎		→ 野・平 40 年 1 月 1 日		
	〒 141	- 0031	電話 (03 (5719) 0123		
住所	東京都品川区西五反田1-23-45					

下記に該当する番号に○をし、必要書類を添付してください。



【保険証添付】※ご家族がいる方は別紙に貼り付けください



保険証をお持ちの方は添付ください。

※申出による脱退の場合は、保険証は添付 しないでください。

※扶養者がいる場合は別紙に添付ください。