

任意継続資格喪失申出書

SUMI グループ健康保険組合 理事長 殿

下記の通り、任意継続被保険者の資格を喪失致したく、申出します。

被保険者等記号・番号	99			
住 所	〒 - 電話 ()			
フリガナ名				
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	()歳	性 別	男・女

喪失理由	1	就 職 の た め (令和 年 月 日付で就職)
	2	そ の 他 ()

資格確認書	1	同 封 あ り	資 格 確 認 書 合 計 _____ 枚
	2	同 封 な し	☐ 有効な資格確認書が発行されていない ☐ その他 () その他の場合返却予定日 (令和 年 月 日)

資格喪失証明書の発行	1. 希望する 2. 希望しない
------------	------------------

(注1) 有効な資格確認書を滅失した時は滅失届を添付してください。
(注2) 喪失理由が「1. 就職のため」の場合は、就職先の資格取得年月日が確認できる書類（資格情報のお知らせや資格確認書の写し）を添付してください。

受付日付印

喪失年月日	※ 令和 年 月 日
保険料還付額	※ 円 (令和 年 月 ~ 令和 年 月分)
備 考	※

(注) ※印の欄は、記入しないでください。