

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	〇〇
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-1 電話 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
フリガナ名	ケンポ タロウ 健保 太郎	
生年月日	昭和・平成 51 年 7 月 31 日 (48) 歳	性別 男・女

喪失理由	1	就職のため (令和 6 年 12 月 1 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 1 枚
	2	同封なし	<input type="checkbox"/> 有効な資格確認書が発行されていない <input type="checkbox"/> 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) 有効な被保険者証または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

健康保険組合の記入欄	
------------	--

(注) ※印の欄は、記入しないでください。