

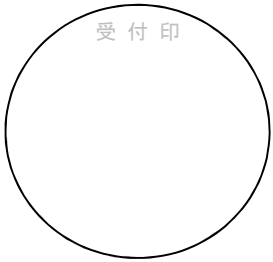
伺 い	常務理事	事務長	課 長	担当者

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	被保険者等の 記号番号	9 8 ー	被保険者 生年月日	年 月 日	
	氏 名				
	住 所	〒 ー			
	電話番号	() ー			
	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 年 月 日） ※再就職先での健康保険の資格取得日がわかるものを添付してください。 （資格情報のお知らせ、資格確認書、健康保険資格取得証明書等の写し） 3. 死 亡 （ 死 亡 年 月 日 年 月 日）			

上記のとおり届出します。

健 保 記 入 欄	資格喪失日	年 月 日
	【申出受理日】	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） 資格喪失日以降に当組合の記号・番号を使用して医療機関等に受診したとき（扶養家族も含む）は、後日、その医療費を返還していただく場合がございます。

静岡県自動車販売健康保険組合理事長 様