

常務理事	事務長	課長	副課長	係長	担当者

## 健康保険任意継続被保険者資格喪失届

被保険者証の記号番号	7000 —				
被保険者の氏名	男・女				
	生年月日	昭・平	年	月	日
被保険者の住所・電話番号	〒 — Tel ( ) —				
被扶養者の有無	無・有 ( 名 )				
資格喪失事由 (該当項目に○印を記入下さい。)	<p>1・【他の健康保険の被保険者となった。】 資格取得年月日 令和 年 月 日 保険者名 (健康保険組合名称) _____ 記号—番号 _____</p> <p>2・【死 亡】 令和 年 月 日</p> <p>3・【任意継続被保険者の申出(希望)により喪失したため】 <u>(翌月1日以降、健康保険被保険者証は速やかに返納下さい。)</u> <u>注意①</u> 資格喪失日については、届を受理した日の属する月の翌月1日となります。 <u>注意②</u> 申出をされる月の当月分保険料を納付している事が必要となります。</p>				
備 考	(就職先事業所名称についてご記入下さい。)				

上記の通り、資格喪失の届出を(喪失事由3以外の方)健康保険被保険者証を添えて致します。

埼玉県医師会健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

住 所

氏 名

受付印