

常務理事	事務長		担当

任意継続被保険者資格喪失申出書

アダストリア健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、任意継続被保険者の資格を喪失したく、届出致します。

令和 年 月 日

被保険者証の記号・番号	記号	番号
社員番号		
氏名	フリガナ	
住所	〒	
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 ()	
被保険者証	1. 同封する 被保険者証 合計 _____ 枚	
	理由 ()	
	2. 同封しない 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) 就職による他健保加入の場合は、新たに取得した健康保険被保険者証の写しを添付してください。

(注2) 被保険者証を滅失したときは、「被保険者証滅失届」を添付してください。

※ 健 保 記 入 欄	資格喪失年月日	令和 年 月 日
	保険料還付金額	円 (令和 年 月～令和 年 月分)
	備考	

受付日付印