

年 月 日

提出先：ニチレイ健康保険組合

常務理事	事務長	係	

健康保険任意継続被保険者資格喪失申請書

【届出上の注意】

- 被保険者資格を喪失する際にご提出ください。
(下記4.の理由で資格喪失される場合、喪失日は申請書が受理された日の翌月1日に喪失することになりますので、ご注意ください。)
- 資格喪失後、速やかに健康保険被保険者証(保険証)の返却をお願い致します。
- 就職された方は、資格確認書または資格情報のお知らせの写しを添付してください。
- 太わく内は、必ず記入してください。

	記 号	番 号	提出日	年 月 日
被 保 険 者		—	氏 名	
	生年月日	年 月 日		
	住 所	郵便番号 — 都 道 府 県		
	電 話	電話 () —		
資格喪失の原因(該当する項目に○印をしてください)				資格喪失証明書発行希望
1. 就職・開業(年 月 日) ※ 新しい被保険者証の資格取得年月日を記入				要 不要
2. 被保険者死亡(年 月 日死亡)				要 不要
3. 法定期間満了				発行いたします
4. その他(資格喪失は本申請書を健保が受理した翌月1日)				要 不要