【 見 本 】

| 常務理事 | 担当者 |
|------|-----|
| | |
| | |
| | |

任意継続被保険者 資格喪失申出書

椿本チエイン健康保険組合 殿

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日提出

| | | | | <u> </u> | | | | | |
|--|-------------------------|-----------|----------|---------------------------------------|-----------------|--------------------------|--|--|--|
| 被保険者証 記号·番号 | ·計【 | 記号 99 | | | フリガナ | ツバキ タロウ | | | |
| | | | 番号 | 0000 | 氏名 | 椿太郎 | | | |
| 生年月日 | = | <u>.L</u> | (| 昭•平 | 00 年 | ○○ 月 ○○ 日 | | | |
| | ₹ 000 -0000 | | | | | | | | |
| 住 所 | | | | 京都府京 | 京田辺市〇〇〇 | 00 0-0-0 | | | |
| TEL 000 - 000 - 00 | | | | | | | | | |
| 下記の事 | 下記の事由に該当するため次のとおり申出します。 | | | | | | | | |
| | | | | | - • • | | | | |
| 喪矢争日 | 日(いす | れかをし | 月で囲み | メ、ア)イ)の場 | 合、摘安欄に₽ | 耳取得した保険者証の写しを添付して | | | |
| | くださ | い。ウ)の | 場合、抗 | 新要欄に資格型 | 隻失年月日を 記 | 己入してください。) | | | |
| | | かった古 | - /C (A) | 1七四四人 12次 42 | ᆞᄼᆓᆉᄱᆝᆂᆂᇻ | | | | |
| | (P) | 他の健康 | 保険の | 被保険有貨恰 | を取得したため |) | | | |
| | イ) | 後期高齢 | 者医療 | 制度の被保険 | 者となったため |) | | | |
| | • • | | | | | | | | |
| | ウ) | 申出によ | り任意網 | 迷続の資格喪気 | 失を希望するた | : め | | | |
| 1,,, | / | · | · 1 L | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | · | | | | |
| ※ + | 再取得し | た資格情報 | 級のお知 | Dらせor 資格的 | 霍認書の写しを | ·貼ってください。 | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 摘 | | | | | | | | | |
| _ | | | | コピ・ | 一添付欄 | | | | |
| 要 | | | | | | | | | |
| 欄 | | | | | | | | | |
| TIM | PK | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 資格喪失 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ | | | | | | | | | |
| | 年日口 | 令和 | 年 | 月 | | の取消は対めこれませ!のでごさ音/ださい | | | |

<u>椿本チエイン健康保険組合から交付している被保険者証は、資格喪失申出書と一緒にご返納ください。</u>
※喪失事由、ウ)の場合は、資格喪失後にご返納ください。

| | 受付日付印 |
|----|-------|
| 千円 | |