

|      |     |     |  |
|------|-----|-----|--|
| 常務理事 | 事務長 | 担 当 |  |
|      |     |     |  |

## 任意継続被保険者資格喪失申出書

アクセンチュア健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、任意継続被保険者の資格喪失理由に該当したため、届出いたします。

年 月 日

|             |                          |    |          |  |
|-------------|--------------------------|----|----------|--|
| 被保険者証の記号・番号 | 記号                       | 番号 |          |  |
| 氏 名         | フリガナ                     |    |          |  |
| 住 所         | 〒                        |    |          |  |
|             | 電話 ( )                   |    |          |  |
| 生年月日        | 年 月 日 ( ) 歳              | 性別 | 男 ・ 女    |  |
| 喪失理由        | 1. 就職のため ( 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 ( 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。

(注3) 本人希望による喪失の場合、喪失日は申出書を受付けた翌月1日となります。

被保険者証は喪失日以降速やかに健保組合宛に返却ください。

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

受付日付印