| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|---|---|---|
| | | |

# 任意継続被保険者資格喪失・氏名変更等報告書

| 保険証記号 | | 番号 | | 氏名 | 印 |
|---|---|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 資格喪失 | 資格喪失年月日 | 資格喪失の理由 | |
| | 年　月　日 | 1．就職して他の健康保険の被保険者になった。<br>資格取得年月日　年　月　日<br>2．その他：家族の健康保険に入る等<br>（理由：　）<br>資格取得年月日　年　月　日 | |
| 住所変更 | 変更後の住所 | 変更年月日 | 変更前の住所 |
| | 〒<br>TEL | 年　月　日 | 〒<br>TEL |
| 氏名変更 | 変更後の氏名 | 変更年月日 | 変更前の氏名 |
| | ふりがな | 年　月　日 | ふりがな |
| 口座変更 | 変更後の口座 | 変更年月日 | 変更前の口座 |
| | 銀行　支店<br>普通<br>口座 No. | 年　月　日 | 銀行　支店<br>普通<br>口座 No. |

＜記入上の注意＞

・資格喪失の場合は任意継続期間満了・就職・死亡以外の時は、喪失日は保険料を納めない月の 11 日（休日の場合はその翌日）になります。

＊ 資格喪失証明書・保険料納入証明書が必要な場合は〇印をつけて下さい。

1．資格喪失証明書　　2．保険料納入証明書

**＊資格喪失の場合、健康保険証は喪失日以降速やかにご返却お願いいたします。**