

常務理事	事務長	係

任意継続被保険者資格喪失届

G L V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致したく、届出致します。

年 月 日

被保険者証等の記号・番号	記号	番号				
氏 名	フリガナ					
住 所	〒					
	電話 ()					
生 年 月 日	昭和 平成 令和	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 資格確認書	1. 同封する 被保険者証 合計 _____ 枚 資格確認書					
	2. 同封しない 理 由 () 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「資格確認書」あるいは「資格情報のお知らせ」の写しを添付してください。

(注2) 被保険者証・資格確認書を滅失したときは、「被保険者証・資格確認書滅失届」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
	保険料還付有無	有 ・ 無
	保険料還付金額	円
	保険料還付月	年 月～ 年 月分
	保険料振込日	年 月 日
	備考	

受付日付印