

常務理事	事務長	係

任意継続被保険者資格喪失届

GLV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。

令和 3 年 4 月 5 日

被保険者証等の記号・番号	記号 〇〇	番号 〇〇〇〇〇
氏 名	フリガナ ケンポ タロウ	
	健保 太郎	
住 所	〒 130-0013 東京都墨田区錦糸〇-〇-〇 電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
生 年 月 日	昭和 平成 49年 10月 12日 (42) 歳 令和	性 別 男 ・ 女
喪 失 理 由	1. 就職のため (令和 3年 4月 1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 3 枚 資格確認書 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「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 月分
	保険料振込日	年 月 日
	備考	

受付日付印

※健保記入欄