

伺	平成	年	月	日
常務理事	事務長	課長	係	

## 任意継続被保険者 資格喪失申出書

平成 年 月 日

神戸貿易健康保険組合 様

任意継続被保険者の資格を下記の理由で喪失したことを申出ます。

- 社会保険(健康保険)の被保険者資格を取得したため(就職)
- 保険料が未納のため
- その他( )

記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_

〒 -

(申出者) 住所 \_\_\_\_\_

Tel - - \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

備考

個人番号(マイナンバー)の記載を希望される被保険者は、こちらに記入してください。ただし、個人番号を記載された場合は、個人番号確認と身元確認のできる書類(個人番号カードの写し等)の添付が必要です。  
(個人番号: )