

令和 年 月 日

常務理事	事務長	係	係

任意継続被保険者資格喪失申出書

GE健康保険組合理事長 殿

下記の通り、任意継続被保険者の資格を喪失致したく、喪失届を提出します。

被保険者の記号・番号			
住 所	〒 _____ 電話 (_____)		
(フリガナ) 氏名	_____ ⑩		
生 年 月 日	昭和・平成 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	1	同封する	被 保 険 者 証 合 計 _____ 枚
	2	同封しない	理 由 (_____) 返却予定日 (令和 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) 被保険者証を滅失した時は、「保険者証滅失申請書」を添付してください。
(注2) 喪失理由が「1. 就職のため」の場合は、就職先の被保険者証の写しを必ず添付してください。

受付日付印

喪失年月日	※ 令和 年 月 日
保険料還付額	※ _____ 円 (令和 年 月 ~ 令和 年 月分)
備 考	※ _____

(注) ※印の欄は、記入しないでください。