常務理事	事務長	課長	担当者

任意継続被保険者資格喪失届（被扶養者のみ）

記号	９９９	番号		氏名		資格取得日	年　月　日
住所	〒					電話番号	

被扶養者のみ喪失する場合	氏名		続柄		資格喪失日	年　月　日
喪失理由	Ａ．就職　Ｂ．婚姻・離婚等（理由　　）					Ｃ．死亡

「資格喪失日」

Ａ：新加入先での資格取得日

Ｂ：理由発生日

Ｃ：死亡日の翌日

添付書類	A	任意継続被保険者証＋新しい被保険証のコピー
	B	任意継続被保険者証＋新しい被保険証のコピー
	C	任意継続被保険者証＋死亡日が確認できるもの

既に納められた保険料が還付となる場合があります。
被保険者名義の口座情報をご記入ください。

銀行コード					店番号			
フリガナ								
銀行名								
フリガナ								
支店名								
口座番号	普通　No.							
フリガナ								
口座名義								

受　付　印

日研グループ健康保険組合