常務理事	担　　当

任意継続被保険者資格喪失確認書

①記号・番号	100		②被保険者の氏名		
③ 性別	男　・　女	④ 生年月日	昭和・平成	年　　月　　日生	
⑤　住　所	（郵便番号）　－　（電話）　－　－				

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

提出日	令和　　年　　月　　日

⑥ 資格喪失の事由 ※番号を「○」で囲み、必要事項を記入してください。	1	**任意継続被保険者期間が満了したため** 満了年月日　（令和　　年　　月　　日　）
	2	**保険料が納付期日までに納付されなかったため** 喪失年月日　（令和　　年　　月　　日　）
	3	**被保険者が死亡したため** 死亡年月日　（令和　　年　　月　　日　） 記入者氏名　　続柄（　　）
⑦　資格喪失証明書発行の有無	有　・　無	
⑧　資格確認書回収状況	回収　　枚　（限　　枚・高　　枚）	回収不能

※	資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日　喪失

○注意事項

1．枠内に記入してください。
2．資格確認書、高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けている場合は返却が必要です。
3．交付されている各証を返却できない場合は、各証の「回収不能・滅失届」の提出が必要です。
4．※は記載不要です。

／ 受 付 日 付 印 ＼

カナデビア健康保険組合