

常務理事	事務長	係

### 任意継続被保険者資格喪失届

被保険者の 記号・番号	記号	番号	(フリガナ) 氏名			
住所	〒  電話 ( )					
生年月日	昭和・平成	年	月	日	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		
上記のとおり、届出します。  令和 年 月 日  ヨドバシカメラ健康保険組合理事長 殿						

キリトリ線

- 注1. お手持ちの「ヨドバシカメラ健康保険組合」の被保険者証は、資格喪失日以降に送付してください。
2. 就職による他健保加入の場合は、お手持ちの「ヨドバシカメラ健康保険組合」の被保険者証と、新たに取得した被保険者証の写しを添付してください。被保険者証を滅失したときは、「被保険者証滅失届」を添付してください。

受付日付印