

再就職等喪失事由が発生した場合に提出してください。

小松製作所健康保険組合 御中

令和 年 月 日

被保険者等記号・番号 9 8 -

被保険者氏名

生年月日 年 月 日

任意継続被保険者資格喪失理由届出書  
兼  
資格喪失証明書発行依頼書

私儀、下記の理由にて任意継続被保険者を喪失いたします。手続きをお願いいたします。

喪失理由 (下記項目に○印)

1. 再就職しました。(再就職先の健康保険の資格取得年月日は何月何日か)

月 日 取得

月 日 交付

再就職先での健康保険資格取得日の確認できる書類のコピーを  
添付して下さい。(資格情報のお知らせ、資格確認書等)

2. 10日までに保険料を納付できませんでした。

3. 被保険者が死亡しました。(亡くなったのは何月何日か)

月 日 死亡

4. 任意継続保険が満了になりました。

(満了の場合は当健保からご連絡いたします。)

5. 任意継続被保険者でなくなることを希望します。

(資格確認書については当健保からご連絡いたします。)

添付書類

上記1～4の場合、コマツの資格確認書は5日以内に  
返却添付致します。(有効期限内の証書を持っている場合のみ)

被保険者(本人分)、及び被扶養者(家族分)

発行依頼 (下記項目に○印)

1. 資格喪失証明書を1通発行して下さい。

2. その他( )