

丸井健康保険組合理事長 殿

任意継続被保険者 資格喪失申出書

令和 年 月 日

記号	番号	被保険者氏名	生年月日
50			年 月 日
住所・電話番号		〒 TEL ()	

任意継続被保険者資格の喪失を希望するため、申出ます。

資格喪失日：令和 年 月 1日

※喪失日は申出書が丸井健保に届いた日の翌月1日付となります

※申出後に資格喪失の取消はできません

※喪失日以降は丸井健保が実施する健康診断(人間ドック・特定健診)を受けることはできません(すでに予約された分も含む)

受付日付印