

特

## 任意継続会員資格喪失申出書

任意継続会員番号	S				
会員氏名		資格喪失年月日	令和	年	月 日
下記の理由により、任意継続会員でなくなるので申し出ます。					
資格喪失理由	1 就職して、他の健康保険の被保険者となったため 2 翌月から国民健康保険に加入する予定があるため 3 死亡した（令和 年 月 日） 4 その他（ ）				
就職した場合	就職年月日	令和 年 月 日			
	就職先	住所	〒 - ) (Tel - - )		
		名称			
	加入保険名				
一般財団法人岩手県教職員互助会長 様 令和 年 月 日 (〒 - ) (Tel - - ) 住所 申出者 氏名					

注) 会員資格喪失後6ヶ月間は、給付金等が振り込まれる可能性がありますので、口座の解約及び移管は行わないでください。