

常務常務	事務長	課長	担当

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出届

オリンパス健康保険組合理事長 殿

被保険者証の 記号及び番号	記号	80	番号	
資格喪失事由	就職のため	資格喪失の年月日 (就職した日)		令和 年 月 日
就職先の情報	就職先の名称			
	就職先の住所			
	就職先の 健康保険組合	健康保険組合		
備考				

<p>上記の通り申請いたします。</p> <p>〒 _____</p> <p>住所 _____</p> <p>_____</p> <p>氏名 _____</p> <p>_____</p> <p>電話 _____</p> <p>_____</p>
--

※本書類とともにご家族分を含めたすべての保険証をご送付ください。

健康保険受付印