

審査	入力	一次	二次	発送

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

被保険者情報	被保険者証の記号	8	0	0	1	番号			
	被保険者氏名								
	生年月日	昭和・平成			年	月	日		
	住所	〒 ー							
	電話番号	()							

※該当する項目に☑を付けてください

資格喪失の事由	<input type="checkbox"/> 就職等で健康保険の被保険者資格を取得したため									
	上記に☑した場合は ご記入ください	資格取得年月日	令和			年	月	日		
		事業所名称								
		所在地								
		電話番号								
<input type="checkbox"/> 任意での被保険者資格の喪失を希望するため										
※資格喪失日は申出が受理された日の翌月1日付となります。										

受付日付印

令和 年 月 日提出

神奈川県医療従事者健康保険組合 殿