

秘密

| 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

| | | | | | | | | | | |
|-----------|---------------|---|---|---|---|----|--|--|--|--|
| 任意継続健康保険の | 記号 | 8 | 0 | 0 | 1 | 番号 | | | | |
| 資格喪失年月日 | 平成・令和 年 月 日喪失 | | | | | | | | | |

(資格喪失日は、新しい健康保険の加入日を記入してください)

☆新しく加入される健康保険(勤務先等)の内容についてご記入ください。

| | | |
|-----|-------|--|
| 勤務先 | 事業所名称 | |
| | 所在地 | |
| | 電話番号 | |

健康保険法第38条により上記のとおり申出します(裏面に法38条記載あり)。

| | |
|-----------------------|-----|
| 令和 年 月 日 | |
| 神奈川県医療従事者健康保険組合 理事長 殿 | |
| 〒 □□□-□□□□ | |
| 住所 | |
| 氏名 | 印 |
| 電話 | () |

※任意継続被保険者証をもれなく添えてご提出ください。