

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	9	9	9	9
	被保険者氏名	任継 花子								
	生年月日	昭和(平成) 2年 2月 2日								
	住所	〒000-0000 横浜市〇〇区〇〇町 電話番号 0000 (000) 0000								

※該当する項目に☑を付けてください

資格喪失の事由	<input checked="" 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	〇〇病院
		所在地	横浜市〇〇区〇〇町
		電話番号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
<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