

| 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<br>横浜市〇〇区〇〇町<br>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<br>ご記入ください                                       | 資格取得年月日      | 令和 4年 4月 1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