

秘密

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	9	9	9	9
資格喪失年月日	平成・令和 30 年 4 月 1 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	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

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
〒000-0000
住所 横浜市〇〇区〇〇町
氏名 任継 花子 (印)
電話 000 (000) 0000

※任意継続被保険者証をもれなく添えてご提出ください。