

| | | | | | | |
|------|-----|----|----|----|---|----|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 課長 | 係長 | 係 | 調定 |
| | | | | | | |

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

受付日付印

| | | | | | | | | | | |
|-------------------|---|--------------|-------|-----|---|---|---|-----------------------------|--|--|
| ◎ 記入方法は裏面をご覧ください。 | 1 | 被保険者証の記号及び番号 | — | | | | | | | |
| | 2 | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 | | | | |
| | 3 | 申請者の氏名 | (氏) | (名) | | | 印 | 届出者本人が氏名を署名した場合、本人の押印は不要です。 | | |
| | 4 | 郵便番号 | — | | | | | | | |
| | 5 | 住所 | 都道府県 | | | | | | | |
| | 6 | 電話番号 | () | | | | | | | |

次のとおり届け出します。

| | | | | | | |
|---|---------|--------------------------------------|---|---|---|--|
| 7 | 資格喪失年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | |
| 8 | 資格喪失の由 | 次の該当するものに○印を付け、被保険者証の記号番号等を記入してください。 | | | | |
| | | ア 健康保険の被保険者資格を取得したため。 | | | | |
| | | イ 船員保険の被保険者資格を取得したため。 | | | | |
| 9 | 摘要欄 | ウ 後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者となったため。 | | | | |
| | | | | | | |

| | |
|----|-------------------|
| 10 | 社会保険労務士の提出代行者名記載欄 |
| | 印 |

東京薬業健康保険組合 届出用

