常務理事	事務長	部長・代理	課長・代理	係長	係	決裁

健康保険　任意継続被保険者　資格喪失申出書

被保険者証の	記　号	番　　号
	４０４	

資格喪失の事由

該当項目に✓印をご記入の上、必要事項をご記入ください

□　健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため

（１）新規加入の健康保険または船員保険の記号番号

記号：　　番号：

（２）資格取得年月日

令和　　年　　月　　日

□　申出により任意継続保険の資格を喪失したいため

□　後期高齢者医療制度の被保険者となったため

上記事項に該当するため、申出します。

令和　　年　　月　　日

〒　　－

被保険者　住所

氏名

生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日

静岡県農業団体健康保険組合理事長 殿

受付日付印