

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保険証の記号番号

記号： 番号：

(2) 適用事業所または船舶所有者の名称と所在地

名称：

所在地：

(3) 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ため

後期高齢者医療制度の被保険者となったため

(1) 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号

番号：

(2) 都道府県後期高齢者医療広域連合名称

名称：

後期高齢者医療広域連合

(3) 資格取得年月日

令和 年 月 日

上記事項に該当するため、申出します。

令和 年 月 日

〒 -

住所

被保険者

氏名

印

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