

記入例 6.後期高齢者医療の被保険者資格を取得したとき

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	9999

資格喪失の事由

アまたはイの

(1)と(2)は、
新しい保険証の
券面にある
保険者の名称
と所在地をご
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) 新規加入の保険者の名称と所在地

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

誕生日
となります

(3) 資格取得年月日

令和 年 月 日

(3) 資格取得年
月以降の日をご
記入ください

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 健保 太郎

印

押印お願
いします

昭和
生年月日 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