

受付印

決 裁		
常務理事	事務長	担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

阪和興業健康保険組合理事長 殿

保険者証の 記号・番号	—	被保険者の氏名	印
生年月日	年 月 日	電話番号	性別 男・女
住 所	〒 —		

資格喪失の事由	<input type="checkbox"/> 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	
	新しい保険証の記号番号	記号・番号
	適用事業所又は 船舶所有者の 名称および所在地	事業所名称
		所在地
	資格取得年月日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 申出により任意継続保険の資格を喪失したため	
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため	
	後期高齢者医療の被保険者証番号	記号・番号
	都道府県後期高齢者医療広域連合の名称	名称
	資格取得年月日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 被保険者死亡のため		
備考		

上記の事由に該当するため、申出します。