

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 | 記 号 | | 番 号 | |
| 資格喪失年月日 | 年 月 日 | | | |
| 資格喪失の理由 (該当する箇所に○をつけて 日付を記入してください。) | ① 健康保険の被保険者資格を取得— 年 月 日資格取得 | | | |
| | ② 後期高齢者医療制度の被保険者資格を取得— 年 月 日資格取得 | | | |
| | ③ 被保険者の死亡 | | | |
| | ④ 被保険者からの申出による資格喪失— 年 月 1 日資格喪失 | | | |
| ①に該当のみ、下記事項を記入してください | | | | |
| 取得(就職)した事業所 | 名 称 | | | |
| | 所在地 | | | |
| | 電 話 | | | |
| 取得した健康保険の保険者 (全国健康保険協会・組合等) | 名 称 | | | |
| | 所在地 | | | |
| 被保険者証の記号・番号 | 記 号 | | 番 号 | |

上記のとおり申出をします。

年 月 日

住 所 〒 -

届出者

氏 名

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

マイナンバー

電 話

※ 被保険者死亡により届出者が被保険者ではない場合、被保険者との間柄

愛知県トラック事業健康保険組合