

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

日本航空健康保険組合常務理事 様

平成23年6月1日、任意継続被保険者の資格を喪失する申出を下記のとおり行ないます。

①被保険者証の記号・番号		②生 年 月 日	
19-12345		昭和・平成41年4月1日	
③氏 名	(フリガナ) ケンボ ハナコ		④電 話 番 号
	健保 花子		03-3456-7890
⑤住 所	郵便番号	(フリガナ) トウキョウト オオタク ハネダ〇-〇-〇	
	144-0043	東京都大田区羽田〇-〇-〇	
⑥資格喪失事由		ア 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 資格取得年月日〔平成23年4月1日〕	
ア、イのいずれかを「〇」で囲み、保険証に記載されている「資格取得年月日」をご記入下さい。		イ 後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の被保険者となったため 資格取得年月日〔平成 年 月 日〕	