

常務理事	事務長		係

## 健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書

被保険者証 記号・番号	99-		
生年月日	昭和・平成	年	月 日
申請者の氏名	印		
住 所	〒		
電 話 番 号	【自宅】 ( )		
	【携帯】 ( )		
資格喪失年月日 (新しい保険証の 資格取得年月日)	令和	年	月 日
資格喪失の事由	次の該当するものに○印を付けて下さい。		
	ア. 健康保険の被保険者資格を取得したため。		
	イ. 船員保険の被保険者資格を取得したため。		
	ウ. 後期高齢者（長寿医療制度）の被保険者となったため。 65歳以上で障害認定を受けた人に限る。		
備 考 欄			

上記の通り申請します。

令和 年 月 日

グラクソ・スミスクライン健康保険組合 御中

### (注意事項)

※ 上記アおよびイは、新しい保険証（写）を必ず添付すること。

受付日付印