

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

被保険者情報	記号・番号	99 -		
	氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
	住所	〒		
	電話番号	【自宅】	()	
【携帯】		()		
資格喪失の事由	次の該当するものに○印を付けてください。			
	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			
	イ. 後期高齢者(長寿医療制度)の被保険者となったため			
	ウ. 任意継続被保険者でなくなることを希望するため			
資格喪失年月日	※ 資格喪失の事由がアに該当する場合のみ、新しい保険証の資格取得年月日を記入			
	令和	年	月	日

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)

※ 上記アは、新しい保険証(写)を必ず添付すること。

受付日付印

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です

・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です
被保険者のマイナンバー記載欄(12桁)