

決 裁		
常務理事	事務長	係員

## 健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

提出 令和 年 月 日

健康保険 被保険者証の 記号・番号	記号 6120	番号		被保険者の 氏名	
				生年月日	年 月 日
資格喪失の年月日	令和 年 月 日	※新たにご加入された健康保険の資格取得日と同日			
新たにご加入 された健康保 険について	被保険者証の記号・番号	記号		番号	
	事業所				
	所在地				
	資格取得日	令和 年 月 日			
備 考					

※国民健康保険へ加入をされる方は、備考欄にその旨記載してください。

※ロイヤル健康保険組合の被保険者証(カード)または資格確認書をご返却ください。  
 ※新たにご加入された健康保険の資格確認書または資格情報のお知らせのコピーを添付してください。

この申出書は下記にご郵送ください。  
 〒812-0893福岡県福岡市博多区那珂3-28-5  
 ロイヤル健康保険組合 任意継続担当 宛