

決 裁		
常務理事	事務長	係員

記入見本

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

提出 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

健康保険 被保険者証の 記号・番号	記号 6120	番号 〇〇〇〇	被保険者の 氏名 健康 花子	生年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日
資格喪失の年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ※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 〇〇〇〇	番号 〇〇〇〇	
	事業所	※新たにご勤務する事業所名称を記入		
	所在地	※事業所の所在地を記入		
	資格取得日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
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