

受 付 印

平成		年	月	日
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

- 1 被保険者証の記号・番号 記号 9 番号 _____
- 2 申出者の氏名・性別 _____ 男・女
- 3 生 年 月 日 昭和・平成 年 月 日
- 4 資格喪失年月日（新たに加入する健保の資格取得日） 平成 年 月 日
- 5 就職後の健康保険の被保険者証の記号番号 記号 _____
(保険証の写しを添付してください) 番号 _____
健保名称 _____

上記の通り、
就職し他の健保の被保険者になったため、任意継続被保険者の資格喪失を申出ます。

平成 年 月 日

ノバルティス健康保険組合 理事長 殿

申出者の 〒 _____
住所 _____

氏名 _____ 印 _____ 電話 _____ (_____) _____

【留意事項】

- ・すでに保険料を納付していただいている場合は、後日、健保より「還付請求書」をお送りしますので、還付請求してください。