

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

(健保組合使用欄)

部長	課長	扱

北海道農業団体健康保険組合理事長 殿

被保険者の記号・番号		生 年 月 日	
5000 -		5: 昭和	年 月 日
		7: 平成	
氏 名	(フリガナ)		
住 所	(〒 -)	電話	()
申 出 理 由	任意の資格喪失を希望 (申出月の翌月1日が喪失日)		

令和 年 月 日

上記のとおり申出します。

(健保組合使用欄)

資 格 喪 失 年 月 日
年 月 日

(健保組合使用欄)

受付日付印