

常務理事	事務長			

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

健康保険被保険者証	記号	19	番号						
任意継続の資格を取得した事業所 (退職の際勤務していた事業所)	事業所名	法政大学							
生年月日	昭和・平成	年	月	日	任意継続資格喪失年月日	令和	年	月	日
任意継続 資格喪失理由									
新規加入先とその保険証番号※ (※就職に伴う任意継続資格喪失 の場合のみ要記入)	加入先			保険証 記号・番号					
	保険者番号								

上記のとおり申出します

令和 年 月 日

申出者 住所

ふりがな
氏名

法政大学健康保険組合理事長 殿

ご記入いただいた個人情報は、「法政大学健康保険組合が保有する個人情報の利用目的の公表について」に記載された目的以外には使用いたしません。