

常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者 欄	1	被保険者等 記号・番号	20				生長会健康保険組合						
	2	被保険者の 生年月日	昭和・平成	年	月	日							
	3	被保険者(申出者) の氏名	(フリガナ)										
4	被保険者(申出者) の住所	〒				—				電話	(		)
		都 道 府 県											

本人確認欄（本人確認のため □にチェック願います）
☐ 申請者本人（被保険者）が作成したものである。

令和 年 月 日 申出

	資格喪失年月日	年 月 日	
5	資格喪失の事由 ア～エのいずれかを「○」で囲み、再取得後は、新しい被保険者等記号番号等を記入してください。	ア 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため	
		(1) 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者等記号番号 ()	
		(2) 適用事業所または船舶所有者の名称および所在地 名 称() 所在地()	
		(3) 資格取得年月日 (年 月 日)	
		イ 後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者となったため	
		(1) 後期高齢者医療の被保険者等番号 ()	
(2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名 称 (後期高齢者医療広域連合)			
(3) 資格取得年月日 (年 月 日)			
ウ 被保険者が死亡したため			
(年 月 日 死亡)			
エ 申出により翌月1日付で被保険者資格を喪失したいため			

受付日付印

- ① 被保険者およびその被扶養者の方に交付されている全ての被保険者証または資格確認書を添付してください。
高齢者受給者証または限度額認定証の交付を受けている場合は、一緒に添付してください。
- ② 資格喪失日の確認のため、再就職等で新たに取得された健康保険資格情報のお知らせの写しを添付してください。

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者等記号番号を記入した場合は不要です)