

常務理事	事務長	部長	次長	担当者

健康保険 任意継続被保険者資格喪失届

被保険者証記号番号	被保険者氏名	被保険者の生年月日
100- 00000	健保 太郎	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成

※ 健保組合使用欄		
資格喪失日	証カード	保険料還付
平成 年 月 日	添付 () 未添付 ()	要・否

* 該当項目に○または必要事項を記入してください。

平成 年 月 日提出

資格喪失の事由	連絡先住所、電話番号
<p>① 就職等により、健康保険、共済組合の被保険者資格を取得したことによる。</p> <p>(1) 新しい被保険者証の記号番号 [000-000]</p> <p>(2) 資格取得年月日 [平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日]</p> <p>⇒ 「新しい被保険者証 (本人分) の写し」を添付してください。</p> <p>2. 被保険者 (本人) が死亡したため。</p> <p>(1) 亡くなられた日 [平成 年 月 日]</p> <p>⇒ ① 「亡くなられた日が確認できる書類の写し」を添付してください。</p> <p>② 「埋葬料(費)」の請求権がある場合 (被保険者に生計維持されていた方や実際に埋葬を行った方等) は、別途「埋葬料(費)支給申請書」を提出願います。</p> <p>【上記のほか、この届書に添付して提出するもの】</p> <p>◎ 被保険者及びその被扶養者に交付されている全ての被保険者証 (カード)。 ※被保険者証を滅失等で返却できないときは、「備考」にその方の氏名と理由をご記入願います。</p> <p>◎ その他、高齢受給者証、限度額適用認定証等、交付を受けている場合はその証。</p>	<p>※当健保組合に届け出ている連絡先に変更がある場合は、下記①を記入してください。 ※被保険者が死亡したときの届出時には、下記①②を記入してください。</p> <p>①</p> <p>住所 〒 -</p> <p>電話番号 ()</p> <p>②</p> <p>被保険者死亡時の届出者氏名 _____ 被保険者の続柄 _____</p> <p>[備考]</p> <p>【提出先・お問い合わせ先】</p> <p>〒101-0052 東京都千代田区神田小川町3-20 第2龍名館ビル4階 全国労働金庫健康保険組合 業務部 TEL 03(5217)3162</p>

受付日付印