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－	㊞	昭和 平成　　年　　月　　日

※ 健保組合使用欄		
資格喪失日	証カード	保険料還付
平成・令和 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。

年　　月　　日提出

資格喪失の事由

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。

(1) 新しい被保険者証の記号番号〔　　〕

(2) 資格取得年月日　　〔 平成・令和　　年　　月　　日 〕

⇒「新しい被保険者証（本人分）の写し」を添付してください。

2．被保険者（本人）が死亡したため。

(1) 亡くなられた日　　〔 令和　　年　　月　　日 〕

⇒ 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。
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。

【上記のほか、この届書に添付して提出するもの】

◎ 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。

◎ 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。

連絡先住所、電話番号

※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。

①

住　所　〒　　－

電話番号　　（　　）

②

被保険者死亡時の届出者氏名　　㊞　　被保険者との続柄

〔 備 考 〕

【提出先・お問い合わせ先】

〒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

受付日付印