常務理事	事務長	部　長	副部長･次長	担当者

健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

被保険者等記号・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	証カード等	保険料還付
令和 年　　月　　日	被保険者証（　　） 資格確認書（　　）	要 ・ 否

＊該当項目に〇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) 新しい被保険者等記号・番号〔　　〕

(2) 資格取得年月日　　〔 令和　　年　　月　　日 〕

⇒「新しい資格情報のお知らせ 又は 資格確認書(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。

・ 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。

3．被保険者（本人）の申し出による。

⇒資格喪失日は、当健保組合が申出書を受理した日の属する月の「翌月１日」となります。

※原則、申し出後の取り消しはできません。

4．後期高齢者医療制度の被保険者となった。

・ 資格取得年月日　　〔 令和　　年　　月　　日 〕

【上記のほか、この届書に添付して提出するもの】（資格喪失事由「３」を除く）

◎ 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）、資格確認書。

※被保険者証等を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