

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	※ 健保組合使用欄		
100－ ○○○○○	健康 太郎	昭和 ○○年 ○○月 ○○日 平成	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○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	連絡先住所、電話番号
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]	※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 〒 ー 住 所 電話番号 () ② 被保険者死亡時の届出者氏名 被保険者の続柄 [備 考]
【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。	【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