

任意継続被保険者資格喪失届

下記の理由により、任意継続被保険者の資格を喪失します。
また、資格喪失後の支払保険料・給付金等がある場合は、届出の
還付金振込先口座へ還付請求します。

記号・番号は、[マイナポータル]アプリでご確認ください

			記入年月日
			R 年 月 日
記号	番号	被保険者氏名	生年月日
S H			年 月 日
住所		電話番号	
〒 -		- -	

資格喪失理由(該当する番号に○を記入)	必要書類	資格喪失日
1. 就職して他健保に加入したため	新規に加入した健保の資格情報のお知らせ(写)または、資格確認書(写)	他健保の資格取得日
2. 65歳以上75歳未満で、後期高齢者医療制度が適用されることとなったため	後期高齢医療で発行された資格情報のお知らせ(写)または、資格確認書(写)	後期高齢者医療制度の資格取得日
3. 被保険者死亡のため	死亡を証明する書類(死亡診断書(写)等) 権利継承届兼誓約書(※)	死亡日の翌日
4. その他()	不要	喪失届が当組合で受付した翌月1日

※権利継承届兼誓約書は当健保組合のオフィシャルHPより出力、もしくは当健保組合までご請求ください。

日本生命健康保険の保険証・資格確認書(ご本人・ご家族分)を返却ください。

返却する証(返却枚数を記入のうえ、返却ください)				資格喪失証明書発行希望の有無(該当に○を記入)	
本人	保険証	枚	家族	保険証	枚
	資格確認書	枚		資格確認書	枚
必要 ・ 不要					

保険証・資格確認書を滅失した場合は、下記に念書を差し入れしてください。

念 書

- 滅失した健康保険証または資格確認書を後日発見した場合は、直ちに返却します。
- 滅失した健康保険証または資格確認書によって生じた一切の責任は、被保険者において負担し、貴組合に対し迷惑をかけないことを約束します。

R 年 月 日 被保険者氏名

健保組合処理欄	資格喪失日	返金の有無	入金状況	担当	再査
	年 月 日	有 ・ 無	年 月まで入金		
備考					