



# 健康保険任意継続被保険者資格喪失届

同年月日	令	和	年	月	日
常務理事	事務長	課長	係長	係	

任意継続被保険者証の記号	任意継続被保険者証の番号	被保険者氏名	性別	生 年 月 日	被扶養者の有無
9000			男・女	昭和 平成 年 月 日	有・無

喪失事由	1. 再就職 2. 死亡 3. 申出による資格喪失	資格喪失年月日	令和 年 月 日
------	---------------------------	---------	----------

資格喪失年月日の記入について  
1. 再就職……資格取得日(就職した日) 2. 死亡……亡くなった日の翌日  
3. 申出による資格喪失……記入しないで下さい

再就職	再就職した事業所	(所在地) (名 称)	資格取得年月日	令和 年 月 日
	新しい保険者名称 (健康保険組合、共済組合等)	(所在地) (名 称)	被保険者等記号・番号	記号 番号

死亡	届 出 人	(住 所) 〒	本人との続柄
		(氏 名)	

愛知県信用金庫健康保険組合 殿

上記のとおりお届けいたします。

令和 年 月 日

住 所 〒

申出者

※必ず自署でご記入ください

### 【注意事項】

※健康保険被保険者証・資格確認書(任意継続)を添付してください。

※再就職の場合は新しい「資格情報のお知らせ(写)」または、「資格確認書(写)」を添付してください。

※死亡の場合は死亡診断書等の(写し)を添付してください。また、届出人が当組合の被扶養者でない場合は、戸籍謄本を添付してください。

受付日付印