

この届出は、新しい健康保険に加入した場合や資格喪失を希望される場合等に提出する書類です。
※新しい健康保険加入後はLIXIL健康保険組合の保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書は使用できません。

決 裁 欄	受理日	令和	年	月	日	事務長	担当
	決定日	令和	年	月	日		

健康保険任意継続被保険者 資格喪失届

- ・ **太枠内のみ**本人がすべて記入してください
- ・ **消せるボールペンは使用不可**です
- ・ **記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかで確認ください。**

被保険者等	記号 200	氏名	
	番号		
住所	〒 - 電話 () -		
喪失理由	該当する番号1～4に○をつけてください		
	1. 被保険者が就職し、他保険の被保険者となったため (令和 年 月 日就職) 新しく加入された健康保険の取得日が確認できるものを添付ください 例) 就職先の資格情報のお知らせの写し (ご本人分のみで構いません) 資格取得証明書など		
	2. 被保険者が65歳～74歳で障害認定を受けたことにより後期高齢者医療広域連合の 被保険者となったため (令和 年 月 日資格取得)		
	3. 被保険者が死亡したため (令和 年 月 日死亡)		
4. 任意継続被保険者でなくなることを希望するため ※法令によりLIXIL健康保険組合が届出書を受理した月の翌月1日に喪失します			

LIXIL健康保険組合の保険証・資格確認書の返却について

【喪失理由】

- 1～3の場合 → 保険証または資格確認書を同封ください
4の場合 → 資格喪失となる翌月以降にご返却ください

健保確認欄

月納・前納	納付書・振替
健保受付後の保険料入金	
有 ・ 無	

健保組合受付
令和 年 月 日

健康保険に加入した場合や資格喪失を希望される場合等に提出する書類です。
 ※新しい健康保険加入後はLIXIL健康保険組合の保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書は使用できません。

決裁欄	受理日	令和	年	月	日	事務長	担当
	決定日	令和	年	月	日		

健康保険任意継続被保険者 資格喪失届

- ・ **太枠内のみ**本人がすべて記入してください
- ・ **消せるボールペンは使用不可**です
- ・ **記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかで確認ください。**

被保険者等	記号 200 番号 〇〇〇〇	氏名 健保 太郎
住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇 電話 (〇〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	
喪失理由	該当する番号1～4に○をつけてください	
	1. <input checked="" type="radio"/> 被保険者が就職し、他保険の被保険者となったため (令和*年*月*日就職) 新しく加入された健康保険の取得日が確認できるものを添付ください (例) 就職先の資格情報のお知らせ 就職先の保険証の取得年月日を記入してください。 資格取得証明書など	
	2. 被保険者が65歳～74歳で障害認定を受けたことにより後期高齢者医療広域連合の被保険者となったため (令和 年 月 日資格取得)	
	3. 被保険者が死亡したため (令和 年 月 日死亡)	
4. 任意継続被保険者でなくなることを希望するため ※法令によりLIXIL健康保険組合が届出書を受理した月の翌月1日に喪失します		

LIXIL健康保険組合の返却について

【喪失理由】

- 1～3の場合 → 保険証または資格確認書を同封ください
- 4の場合 → 資格喪失となる翌月以降にご返却ください

国民健康保険に移行される場合は、
こちらに○してください。

健保確認欄

月納・前納	納付書・振替
健保受付後の保険料入金	
有 ・ 無	

健保組合受付

令和 年 月 日