

常務理事	事務長	課長	係長	係

任意継続被保険者 資格喪失申出書 兼 保険料還付請求書

受付日付印

申請日	令和 年 月 日
被保険者番号	9900 ー
氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日
被保険者住所	〒 TEL

資格喪失の事由（該当項目に✓印をご記入ください）	<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者でなくなることを希望するため ・資格喪失年月日は、この申出書を当健康保険組合が受理した日の属する月の翌月1日となります。 ※申出が受理された日とは、この申出書が当組合に到着した日となります。 (例) 1月31日申出書郵送 ⇒ 2月1日当組合に到着(受理) = 資格喪失日3月1日 ・申出書を当組合が受理した日の属する月分まで任意継続被保険者の保険料がかかります。 ・保険証はこの申出に添付しないでください。(翌月1日以降に当組合に送付ください) ・この申出後に資格喪失を取り消すことはできません。			
	<input type="checkbox"/> 再就職で他の健康保険の被保険者資格を取得したため 資格取得年月日 令和 年 月 日 再就職先名 再就職先所在地 新しい保険証 記号 番号 ※再就職先から交付された新しい保険証のコピーを添付してください。 (保険料還付額の算出等で喪失日を確認するために必ず必要です。)			
	<input type="checkbox"/> 被保険者が死亡したため 死亡した日 令和 年 月 日 ※死亡診断書等死亡年月日が記載された書類のコピーを添付してください。 (保険料還付額の算出等で喪失日を確認するために必ず必要です。) 届出人(法定相続人) 氏名 続柄 〒 TEL 住所			
	<input type="checkbox"/> 後期高齢医療制度の被保険者となったため 資格取得年月日 令和 年 月 日			
還付金の振込先	金融機関名	支店名		
	口座種類	1. 普通 2. 当座	口座番号	
	口座名義	※カタカナでご記入ください		
※口座名義等は被保険者のものを記入してください。なお、死亡による資格喪失の場合は、法定相続人の口座等を記入してください。 ※法定相続人が、被扶養者である配偶者以外の場合は、別途確認書類をお願いすることがあります。				
返納保険証	本人分 枚	被扶養者分 枚		