

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			
	<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			
	<input type="checkbox"/> 被保険者が死亡したため			
	<input type="checkbox"/> 後期高齢医療制度の被保険者となったため			
還付金の振込先	金融機関名	支店名		
		店番号		
	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		
返納保険証・資格確認書	本人分 枚	被扶養者分 枚		

※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。