

常務理事	事務長	担当者

健康保険任意継続 被保険者資格喪失申出書（兼保険料還付請求書）

記号番号	66 —	被保険者氏名	
------	------	--------	--

■資格喪失の事由(1~3)のいずれかを○で囲み、必要事項を記入、必要書類を添付のうえ、ご提出ください。

資格喪失の事由		資格喪失日 (※健保記入欄)	令和 年 月 日
1	・会社に就職して新たに健康保険に加入したため (再就職先での資格取得年月日) 令和 年 月 日	添 付 書 類	・就職先の「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」のコピー ・当健保の資格確認書・高齢受給者証・限度額証(いずれも発行者のみ、家族分も含む)
2	・任意継続健康保険の脱退を希望するため (家族の被扶養者となる、国民健康保険に加入する等) ※資格喪失日は本申出書が受理された日の翌月1日		・当健保の資格確認書・高齢受給者証・限度額証(いずれも発行者のみ、家族分も含む) ※資格喪失日以降に返却してください。(「資格喪失証明書」は資格喪失日以降に送付いたします)
3	・被保険者が死亡したため (死亡年月日) 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 ・当健保の保険証または資格確認書・高齢受給者証・限度額証(いずれも発行者のみ、家族分も含む)

上記の事由により、任意継続被保険者の資格を喪失することを申出いたします。

この申出書により、保険料の還付が生じる場合は、以下の口座へ還付してください。

〒 _____ 年 月 日

住 所 _____ 電話() _____

申出者氏名 _____

被保険者との続柄 _____

して く だ さ い の い ず れ か に ○ を し て く だ さ い	<input type="checkbox"/> 加入時に指定した振込口座を希望																	
	<input type="checkbox"/> を振込の希望口座	銀 行			支 店			預金種別		普通・当座								
	金融機関コード				支店コード						口座番号							
				口座名義			(カタカナ)											
※保険料の還付について 毎月の保険料を「口座振替」で納付いただいている場合、この申出書を当健保が受領した日によっては、停止手続きが間に合わず保険料の引き落としがされますが、後日ご指定の口座へ保険料を還付いたします。																		

注意事項

- ① 申出後の取消しはできませんので、ご注意ください。
- ② 資格確認書を紛失されていた場合、「健康保険資格確認書滅失・き損届」をご提出ください。届出用紙は当組合ホームページよりダウンロードいただけます。
- ③ 資格喪失後に当健保の資格で医療機関を受診された場合、医療費を返還していただくことになります。

付 年 月
 受 日