

# 任意継続被保険者資格喪失申出書 (兼保険料還付請求書)

常務理事	事務長		係

下記の通り任意継続被保険者資格喪失を申し出いたします。

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号・番号		フリガナ	生 年 月 日	5.昭和 7.平成	年	月	日
	60 -		氏名					
	住所	〒 -			電話番号			

資 格 喪 失 事 由  ◇該 欄 に チ ェ ッ ク 記 入 ◇ 資 格 喪 失 日 を 記 入	<input type="checkbox"/> 1. 就職	資格喪失日(再就職日)	令和 年 月 日
		添付するもの	◆就職先の健康保険証のコピー
	<input type="checkbox"/> 2. 死亡	資格喪失日(死亡日の翌日)	令和 年 月 日
		添付するもの	◆死亡診断書等証明書のコピー
<input type="checkbox"/> 3. 任意脱退 国民健康保険に加入する 健康保険等の被扶養者となる など	資格喪失申出書を当健保が受理した日(到着した日)の翌月1日が資格喪失日 ※ 申出後に資格喪失を取り消すことはできません。 ※ 保険証は、この申出書には添付しないで下さい。 翌月1日以降にご返却下さい。		
被 保 険 者 証 (被 扶 養 者 分 含)	<input type="checkbox"/> 1. 同封する	被 保 険 者 証 高 齢 受 給 者 証 限 度 額 適 用 認 定 証	枚 枚 (該当の方のみ) 枚 (該当の方のみ)
	<input type="checkbox"/> 2. 同封しない	理 由 ( ) 返 却 予 定 日 ( 令和 年 月 日 )	
資 格 喪 失 証 明 書 の 発 行	<input type="checkbox"/> 1. 希望する		<input type="checkbox"/> 2. 希望しない

還 付 金 振 込 先  ※	銀行名	銀行 農協 信用金庫	本店 支店 出張所	金融機関コード※2			店番号※2			
	種目	口座番号(左ヅメ)			口座名義(カタカナ)					
	普通									

※1還付金が発生した場合のみ還付します。  
※2記入がない場合は、加入時に登録された口座へ還付します。

受 付 印

健 保 記 入 欄	資格取得日	令和 年 月 日	還付期間	単月 年 月・前納 年 月 ~ 年 月	
	資格喪失日	令和 年 月 日	還付日	令和 年 月 日	
	納付方法	単月 年 月	還付金額	一般	円 カ月分
		前納 年 月 ~ 年 月		介護	円 カ月分
納付日	令和 年 月 日		合計	円	