

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）

資格喪失日				※保険料還付月		※還付金振込日		※還付金額	
令和 年 月 日				令和 年 月		令和 年 月 日		円	
令和 年 月									

常務理事	事務長	担 当

次の事由により任意継続の資格喪失を申し出ます。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	氏名	フリガナ ケンポ タロウ		住所	〒 123-4567 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 ××ハイヅ123号		被保険者等 記号・番号	
		健保 太郎			電話番号： 111 (222) 3333		99	〇〇〇
	生年月日	昭和・平成 年 月 日			e-mailアドレス： 〇△△〇 @ 〇〇〇			
	喪失理由（該当するものにレ点）				被保険者証の返却について（該当するものにレ点）			資格喪失証明書について（該当するものにレ点）
	☒ 就職の為（就職日：令和 〇 年 〇 月 〇 日） ※新たに取得（加入）した健康保険組合の情報がわかる書類、 「資格情報のお知らせ」の写し、又は「資格確認書」の写しのいずれか1点を提出 ※上記写しの提出が出来ない場合は、必ず下記①～③を記入 ①新たに取得（加入）の健康保険組合名（ ） ②記号・番号（ — ） ③健康保険組合の電話（ ）			健康保険証	☒ 被保険者 ☒ 被扶養者（ 2 枚）		☒ 発行を希望する	
				資格確認証	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者（ 枚）			
			注意	※マイナ保険証を登録済みで、「健康保険証」、「資格確認証」の 交付を受けていない場合は不要 ※高齢者受給証、限度額認定証の交付を受けている場合は、 併せて返却				
☐ その他（ ）						☐ 発行を希望しない		

上記の理由により任意継続の資格を喪失したので、前納未経過分の保険料の還付をお願いします。

還 付 金 の 振 込 先				銀 行 信用金庫 信用組合	本店 支店
	預金種別	普通	口座番号		
	口座名義(カタカナ)				
	※被保険者名義の口座				

エイチ・アイ・エス健康保険組合

※注意事項

1. 資格喪失した月の保険料は必要ありません。
2. 資格取得した月と資格喪失した日が同じ月の場合は、1ヶ月分が必要となりますので、保険料の還付はありません。
3. 本人希望による喪失の場合、喪失日は申出書を受付けた翌月1日となります。
4. 還付金振込先欄は、還付がある場合のみご記入ください。
5. 請求者が相続人であるときは、被保険者であった者との関係を記入してください。
6. 被保険者が死亡したため、相続人が前納保険料を請求するときは、次の書類を添えてください。
イ.被保険者であった者の死亡を明らかにすることができる書類。（死亡診断書など）
ロ.先順位の相続人であることを明らかにすることができる書類。（戸籍謄本）

受付日付印