

# 健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

※健康保険組合記入欄

資格喪失日	※保険料還付月	※還付金振込日	※還付金額	常務理事	事務長	担当
令和 年 月 日	令和 年 月 令和 年 月	令和 年 月 日	円			

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	氏名	フリガナ <b>ケンポ タロウ</b> <b>健保 太郎</b>	住所	〒 <b>123-4567</b> <b>〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 ××ハイツ123号</b> 電話 <b>111 ( 222 ) 3333</b>	保険者証の記号・番号 <b>99</b> <b>〇〇〇</b>		
	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）	
	<input checked="" type="checkbox"/> 就職の為（就職日：令和〇〇年〇月〇日） <u>※就職先の被保険者証の写しを添付すること</u> ※写しが添付が出来ない場合は、必ず①～③を記入すること ①就職先の健康保険組名（ ） ②記号・番号（ ） ③電話（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			<input checked="" type="checkbox"/> 同封済 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者（ <b>2</b> 枚） <input type="checkbox"/> 未同封 理由： 返却予定日 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 発行を希望する <input type="checkbox"/> 全員分 <input type="checkbox"/> 被保険者分 <input type="checkbox"/> 被扶養者分 氏名： <input checked="" type="checkbox"/> 発行を希望しない	

## 健康保険 任意継続保険料 還付請求書

エイチ・アイ・エス健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

請求者 氏名

(請求者が相続人  
の場合記入)

住所

電話番号 ( )

還付理由	1.他健保加入 2.被保険者の死亡(死亡年月日 令和 年 月 日)		
還 付 金 の 振 込 先	銀行		本店
	信用金庫		支店
	信用組合		
預金種別	普通	口座番号	
名義人(フリガナ)			

※注意事項

- 資格喪失した月の保険料は必要ありません。
- 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。  
喪失理由「その他」に喪失希望の旨記載ください
- 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。
- 還付請求書は、還付がある場合のみご記入ください。
- 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。
- 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