

# 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	令和 年 月 日	円

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 <b>ケンボ 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>	保険者証の記号・番号	
	生年月日	<b>昭和</b> 〇〇年 〇月 〇日	電話	<b>111 ( 222 ) 3333</b>	<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) ※就職先の被保険者証の写しを添付すること ※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合名 ( ) ②記号・番号 ( - ) ③電話 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input checked="" type="checkbox"/> 同封済 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 ( 2 枚) <input type="checkbox"/> 未同封 理由:		<input checked="" type="checkbox"/> 発行を希望する <input checked="" type="checkbox"/> 全員分 <input type="checkbox"/> 被保険者分 <input type="checkbox"/> 被扶養者分 氏名:	
			返却予定日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 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
	預金種別	普通	支店
	口座番号		
	口座名義(カタカナ)		
※被保険者名義の口座			

## ※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。
- 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。
- 還付金振込先欄は、還付がある場合のみご記入ください。喪失理由「その他」に喪失希望の旨ご記入ください
- 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