

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	担 当

下記の事由に該当するため資格喪失の申出を致します。
また、納付済み保険料に還付がある場合は還付を請求致します。

記 号	999	被 保 険 者 氏 名	印		
番 号					
被保険者現住所	〒 ー				
電話番号		被保険者 生年月日	昭和 平成	年	月 日
資格満了日	令和 年 月 日	資格喪失日 (健保記入欄)		令和 年 月 日	
喪失事由を選択 して下さい (☑選択して下さい。)	☐ 適用事業所に使用される事となったため (就職し健康保険に加入したため)				
	☐ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため (国保等加入のため)				
	☐ 船員保険の被保険者となったため				
	☐ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため				
	☐ 被保険者が死亡したため (令和 年 月 日死亡)				

- ※ 有効な資格確認書をお持ちの場合は、ご返却ください。
- ※ 適用事業所に使用される事となった場合は、新たに加入した健康保険組合から発行される資格情報のお知らせの写しを添付して下さい。
- ※ 被保険者が死亡した場合は、被保険者氏名欄には申し出者の氏名を記入して下さい。
(保険料還付がある場合は、埋葬料請求書に記載させた口座へ振込みます。)
- ※ 任意継続被保険者でなくなることを希望する場合は、その申出が受付された日 (申出書が健保に到着した日) の翌月 1 日が資格喪失日となります。
- ※ 保険料の還付がある場合は、任意継続資格取得届に記載した口座へ振込みます。

※適用事業所に使用されることになった場合 (就職し健康保険に加入した場合) のみ、
加入先の健康保険組合から発行される資格情報のお知らせの写し(あなた自身のもの)
を貼り付けて下さい。