

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

EY Japan 健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

被保険者 記号・番号	99ー	氏名	
住 所	〒 携帯№ ()		

◆資格喪失の理由 該当する項目に○してください。ア、ウに該当の場合は喪失日も記入してください。

項目	喪失事由	喪失（脱退）日	添付書類	注意事項
ア	就職	令和 年 月 日 (新しい保険の資格取得日)	① EY 保険証又は資格確認書※ ② 就職先の資格情報のお知らせ 又は資格確認書の写し <u>注）喪失日を確認するため必ず 必要です</u>	・保険料還付のある場合は お知らせします。
イ	申出による (任意脱退)	この申出を組合が受理した日 の属する月の翌月 1 日	不要	・保険料還付のある場合は お知らせします。 ・資格喪失日は、この申出 を組合が受理した日の属す る月の翌月 1 日です。 ・EY 保険証又は資格確認書 の返却※を確認後に「資格 喪失証明書」を郵送します。
ウ	死亡	令和 年 月 日 (死亡日の翌日)	① EY 保険証又は資格確認書※ ② 埋葬料請求書	・EY 保険証又は資格確認書 の返却※を確認後に「資格 喪失証明書」を郵送します。

※保険証（資格確認書）は本人及び家族の方に交付されている全てをご返却ください。（限度額適用認定証、高齢受給者証 他 組合から交付の各種医療証等も含みます。）

◆還付金入金口座 届出口座以外への振込希望の場合は記入してください。（口座名義は被保険者のみ）

金融機関情報	銀行・支店	銀行	支店	普通預金
	口座番号			
口座名義（カナ）				

※死亡の場合は法定相続人の情報を記入してください。

◆ウの場合

届出人 (法定相続人)	住所	〒 携帯№ ()
	氏名	続柄：

【健保組合処理欄】

受付日付印

喪失年月日	令和 年 月 日
還付保険料	有 ・ 無
還付期間	令和 年 月～ 令和 年 月分
還付金額	円
還付年月日	令和 年 月 日
V 会員処理	令和 年 月 日

常務理事	事務長	担当者