

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

被保険者証 記号-番号	99-	生年月日	昭和 平成	年	月	日
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 (新保険証の資格取得日)	① 被保険者証※ ② 就職先保険証の写し	・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。 ・保険証の返却※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 被保険者証※ ② 埋葬料請求書	・保険証の返却※を確認後に「資格 喪失証明書」を郵送します。

※保険証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:	

※被保険者証の記号・番号に替えてマイナンバーにより申請する場合は、下記に記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、マイナンバー及び本人確認のための書類添付が必要です。)

受付日付印

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

【健保組合処理欄】

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