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	〒　　－ 電話番号：　　（　　）		
喪失事由	**申出により任意継続被保険者の資格を喪失したいため**		
確認事項 ※内容を確認の上 □にレ印を記入	□ 資格喪失日は健保組合が**この申出書を受理した日の属する月の翌月１日**であること □ 原則としてこの申出は取り消しすることができないこと □ 資格喪失日以降、速やかに本人・家族分の被保険者証を健保組合宛に返却すること		
還付金 入金口座	銀行・支店　　銀行　　支店　（普通・当座） 口座番号 □□□□□□□ 口座名義（カナ） **※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）		

上記の通り、任意継続被保険者の資格喪失を希望しますので申出いたします。
なお、喪失に伴い納付済保険料の還付が生じた場合は、申請口座に還付願います。

EY Japan 健康保険組合 理事長　殿

年　　月　　日

被保険者署名

※被保険者証の記号・番号を記入した場合は下記の記載は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要となります

被保険者のマイナンバー記載欄

□□□□□□□□□□□□

受付日付印

健保組合処理欄

喪失年月日	令和　　年　　月　　日
保険料還付期間	令和　　年　　月～令和　　年　　月分
保険料還付金額	円

常務理事	事務長	担当者