

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	記号	番号	フリガナ	
			氏名	
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日		
	住所	〒		
	電話	()		

下記の事由に該当するため、次のとおり申し出します。

また、すでに納入済みの保険料が過納となっている場合は、還付金請求書に記入している金融機関に振込をお願いいたします。

資格喪失還付請求事由 該当番号を「○」で囲んでください	1. 就職により、他の健康保険組合の被保険者資格を取得したため
	2. 任意継続被保険者でなくなることを希望する *ただし喪失日は申出受理日の属する月の翌月1日となる
	3. 被保険者の死亡のため 死亡日： 年 月 日
振込先	銀行 支店 普通預金 () 口座名義人 ()

【この申請書に添付して提出するもの】

① タダノ健康保険組合の健康保険証

- ・被保険者（ご本人）及び被扶養者（ご家族）の方に交付しているもの全てを回収いたします。
- ・限度額適用認定書、高齢者受給者証 他、の交付を受けている場合はそれらも含まれます。

② 再就職等で新たに取得した健康保険被保険者証のコピー

- ・資格取得日を確認し、その日付で資格喪失の手続きを行うため必ずご提出ください。

③ 被保険者死亡のため資格喪失の場合は「埋葬請求書」（添付含む）をご一緒に提出してください。

（健保組合事務局使用欄）

返金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	返還日	年 月 日
返還金	¥	返還期間	～