

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	保険証記載の4桁の番号		ケンポ タロウ	
	11	1234	氏名	健 保 太 郎	
	生年月日	昭和 ・ 平成 8 年 7 月 1 日			
	住所	〒761-0185 香川県高松市新田町甲 34			
	電話	087 (839) 5757			

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	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	
該当番号を「○」で囲んでください	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	
	3. 被保険者の死亡のため 死亡日： 年 月	
振込先	健康保険組合 銀行 高松 支店 普通預金 (06370241) 口座名義人 (健保 太郎)	

任意継続をやめる理由を選択してください

任意継続保険料を前納し、残りの保険料の返金がある方は振込口座を記載してください

【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。
- 限度額適用認定証、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みます。

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。

添付書類をお願いします。

（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	～