

申請日 00 年 00 月 00 日

常務理事	事務長	担当

資格喪失申出書
兼
健康保険 任意継続被保険者
保険料還付請求書

下記の①から④の資格喪失事由により、任意継続被保険者の資格を喪失するための申出書です。

(①から④以外の理由では、この申出書を提出することはできません。)

被 保 険 者 情 報	保険証	記 号	番 号	生 年 月 日
	記号・番号	990	0000	00 年 00 月 00 日
	フリガナ 氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎		
	住所	〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇-〇		
電話番号(日中の連絡先)				0000-00-0000

該当する資格喪失事由に☑をつけ、該当号目をご記入ください。

資 格 喪 失 事 由	☒ ① 再就職などにより健康保険の被保険者資格を取得したため
	再取得後の保険者名称(〇〇健康保険組合等)
	記号
	番号
	取得年月日
	〇〇健康保険組合
	00
	00
	00 年 00 月 00 日
	※ 新たに資格取得した年月日が当組合の任意継続資格喪失年月日となります。 証拠書類として新たに取得した「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」のコピーを添付してください。なお、マイナポータルの「資格情報」の画面の写しは不可(資格取得年月日が記載されていないため)
	☐ ② 被保険者が死亡したため
	死亡した日
	年 月 日 ※死亡診断書等、死亡年月日記載の書類のコピーを添付してください。
	届出人 (法定相続人)
	住所 〒
	電話番号
	(還付金が発生した場合の請求者)
	氏名
	生年月日
	続柄
	☐ ③ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため
	※ この届出書を健保組合が受理した日の属する月の翌1日付で喪失となります。届出後に資格喪失を取り消すことはできません。
	☐ ④ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため
	(65歳～74歳の方で一定の障害がある方が広域連合に申請し認定を受けた時)
	後期高齢者医療保険の 被保険者番号
	資格取得年月日
	年 月 日
	都道府県後期高齢者医療広域連合の名称

この届出により、納入済の保険料の還付が生じる場合のみ、下記の口座へお振込みいたします。

上記②の 被保険者死亡による資格喪失の場合は、法定相続人の口座等を記入してください。

法定相続人が健康保険の被扶養者である配偶者以外の場合は続柄等を確認するため、戸籍謄本等の添付が必要です。

還 付 金 入 金 口 座	金融機関名	(フリガナ)	金融機関 コード	0000
	支店名	(フリガナ)	支店 コード	000
	口座番号	普通	0000000	
	口座名義人	(フリガナ)	ケンボ タロウ 健保 太郎	

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容のご記入と訂正印を押してください。

(注) 資格取得月に資格喪失となった場合は、資格喪失月の保険料はかかり、還付金は発生しません。

健保 記入欄	受付年月日	資格喪失年月日	保険料還付金 有・無	年 月～ 年 月分
	年 月 日	年 月 日	還付金額	

富士石油健康保険組合