

常務理事	事務長	担当

任意継続被保険者資格喪失申出書  
( 兼 保険料還付請求書 )

保 険 証	記号・番号	50 -	被保険者 氏名		生年 月日	
資格喪失事由 ※該当項目に ☑してください。	□ 就職	資格喪失日 (再就職日)	令和 年 月 日			
		添付するもの	◆(お手元にある方) 資格確認書 ◆(お手元にある方) 任意継続時の高齢受給者証			
	□ 死亡	資格喪失日 (死亡日の翌日)	令和 年 月 日			
		添付するもの	◆(お手元にある方) 資格確認書 ◆(お手元にある方) 任意継続時の高齢受給者証 ◆死亡診断書等死亡年月日が記載された書類のコピー			
	□ 任意脱退 ※任意継続者でなく なることを希望する 場合。	資格喪失日	<b>健保組合が申出書を受理した日の翌月 1 日</b> ※投函日ではなく、当組合に到着した日の属する月の翌月1日			
		添付するもの	◆(お手元にある方) 資格確認書 ◆(お手元にある方) 任意継続時の高齢受給者証			
還 付 金 振 込 先  *還付金が発生した場 合のみ還付し。	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協		預金種別	普 通(総合)▼番号は左づめで記入		
			口座番号			
	金融機関コード		店番号	口座名義(カタカナ)		
			支店			
※振込先を公金受取口座を希望の場合は、口座名義欄に「公金受取口座に振込希望」と記入してください。						
上記のとおり資格を喪失したことを届出します。						
この届出により保険料の還付が生じる場合は、還付を請求します。						
令和 年 月 日						
住 所					Tel	
メールアドレス	※還付金の振込連絡等に使用いたします。					
氏 名					被保険者との続柄	

※太枠部分をご記入ください。

-----  
受付印

資格喪失日
令和