

任意継続 資格喪失申出書 兼 保険料還付請求書

申請者	氏 名				続柄	
	住所	〒 ー				
	生年月日					
電話番号	()					
被保険者証の記号・番号		記号	88	番号		
被保険者の氏名						
被保険者の生年月日						
資格喪失の事由（該当項目の□にシ印）						
☐ 健康保険の適用されている職場に就職したため ⇒新しく取得した「就職先の[資格情報のお知らせ]の写し」を添付 ※もしくは入社日のわかる書類						
☐ 後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の被保険者となったため ⇒「後期高齢者医療被保険者証の写し」を添付						
☐ 任意継続の脱退を希望するため ※国保加入、家族の扶養に入る等 ※喪失日は、申出書を健保にて受理した日の属する月の翌月1日となります。						
☐ 死亡したため 死亡日： 令和 年 月 日死亡 被保険者が死亡したため、相続人が前納保険料の還付を請求するときは次の書類を添えて下さい。 イ、被保険者であった者の死亡を明らかにすることができる書類。 ロ、先順位の相続人であることを明らかにすることができる書類。						

（以下欄は還付金請求がある場合のみ）

還付金の払渡しを希望する振込先						
	銀行 金庫 組合		本店	金融機関 コード		
			支店	支店 コード		
口座番号			口座名義（ｶｷｶﾅ）			

※健保記入欄	◆還 付 金 額					
	◆資格喪失日	令和	年	月	日	喪失

上記のとおり請求します。

日本特殊陶業健康保険組合 御中

受 付 年 月 日	令 和	年	月	日	決 裁		
同 年 月 日	令 和	年	月	日	常務理事	事務長	係
決 裁 年 月 日	令 和	年	月	日			
還 付 決 定 額					円		
前 納 保 険 料					円		
前 納 納 入 月	令 和	年	月 分	～	年	月 分	
任 継 資 格 取 得	令 和	年	月	日			
任 継 資 格 喪 失	令 和	年	月	日			