

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	〒 _____				
	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)						
<input type="checkbox"/> 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「就職先の保険証の写し」を添付 ※もしくは入社日のわかる書類						
<input type="checkbox"/> 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						
<input type="checkbox"/> 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。						
<input type="checkbox"/> 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		本店	金融機関	
	金庫		支店	コード	
	組合			支店	コード
□座番号			□座名義 (かかけ)		

※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
同年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
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

決裁		
常務理事	事務長	係