

# 記入例

## 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	日特 太郎			続柄	本人	
	住所	〒 123 - 4567 名古屋市●●区●●町1●2-3●					
	生年月日	1975年 1月 21日					
	電話番号	052 ( 822 ) 4567					
	被保険者証の記号・番号	記号	88	番号	123456		
被保険者の氏名	日特 太郎					保険者証より 転記下さい	
被保険者の生年月日	1975年 1月 21日						
資格喪失の事由 (該当項目の□にシ印)							
<input checked="" 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						該当するものにチェックして 各種の対応をお願いします。
<input type="checkbox"/>	任意継続の脱退を希望するため ※国保加入 ※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)

還付金がある場合、必要事項をご記入ください。

還付金の払渡しを希望する振込先					
銀行	三菱UFJ	金庫	小牧	本店	金融機関 コード 0005
組合				支店	支店 コード 290
口座番号	0123456		口座名義 (加付)	ニットク タロウ	

※健保記入欄

◆還付金額  
健保が記入します

◆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

【注意】

旧保険証も健保へ提出ください