

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書
兼 保険料還付請求書

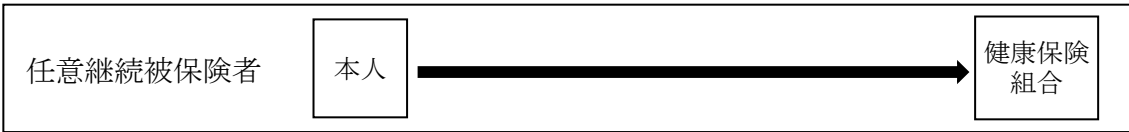
常務理事	事務長	担当

■ 健康保険法施行規則43条に基づき、下記の通り健康保険任意継続被保険者資格の喪失を申出いたします。
なお、納付済保険料のうち還付金があれば以下の口座にお支払いください。

					提出日 2025 年 1 月 1 日								
被保険者等	記号	800	番号	9999	被保険者氏名	健保 太郎							
被保険者住所電話番号	〒 503 - 0916				自宅TEL(0584)	81	-	3124					
	岐阜 都道 府県 大垣市日の出町1-1				携帯TEL()		-						
被保険者記入欄	申出事項	該当する申出理由にチェック(レ印)をしてください。 ☒ 1.就職等により他の健康保険に加入した(被保険者資格の取得) ☐ 2.被保険者の方が亡くなった(死亡日：令和 年 月 日) ☐ 3.後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者になった ☐ 4.その他(国保加入予定、家族の扶養に入る、など)											
	↓ 申出事項 1. に該当する方は下記をご記入ください。												
	就職により他の健康保険に加入した 健康保険資格取得日 (資格情報のお知らせに記載の認定日)					令和 7 年 8 月 1 日							
	事業所名(会社名)					〇×株式会社							
健康保険組合名					△△健康保険組合								
還付金振込先	十六	銀行	信用金庫	本店	預金種目	普通	口座番号	9	9	9	9	9	9
	銀行コード			支店コード									
	口座名義 本人名義のみ		カタカナで記入 ケンポ タロウ				ゆうちょ銀行は振込用の店名・口座番号をご記入ください。						

- ◆ 注意事項
- 記入はボールペンで、訂正箇所には訂正印を押してください。
 - 任意継続被保険者証または資格確認書(ご家族分含む)も一緒に添付してください。
 - 新たに取得した被保険者の資格情報のお知らせのコピーを添付してください。
 - 資格喪失後に健康保険を使用した場合、医療費を全額返還していただくことになります。

・ 提出ルート



健保記入欄	資格喪失日	令和 年 月 日	喪失証明書
	還付金 有・無	還付予定日 令和 年 月 日	不要・発行済み
	還付金額 円		

