

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	係	係

石原産業健康保険組合 御中

次の事由により任意継続の資格喪失を申し出ます。 提出日 年 月 日

被 保 険 者 情 報	記号 90	番号	被保険者氏名	生年月日 年 月 日
	住所 〒			電話番号

資 格 喪 失 理 由	該当する理由に○をしてください	該当する日を記入してください	添付書類
	1 就職先の健康保険に加入 (資格喪失日 就職日)	新しい健康保険の資格取得日 年 月 日	就職先の資格情報のお知らせ・資格確認書の 写し、又は資格取得日がわかる書類
	2 被保険者死亡 (資格喪失日 死亡日の翌日)	死亡日 年 月 日	死亡確認のできる書類 (死亡診断書・埋葬許可証等)
	3 被保険者の申出による喪失	資格喪失日は本申出書を健保で受理した日(到着した日)の翌月1日 * 申出書後に資格喪失を取り消すことはできません。 * 資格喪失日以降に任意継続保険証をご返却ください。	

- ・ 喪失日以降の届出の際には「保険証」「資格確認書」など資格証書を同封してください。
- ・ 保険証の他「高齢受給者証」「限度額認定証」をお持ちの方は返却(同封)をお願いします。

資格喪失日以降に石原健保の保険証・資格確認書を使用された場合は、医療費の健保負担分(7割)を請求いたします。

任意継続資格喪失のため、前納未経過分等の保険料の還付を請求します。

* 任意継続加入時に指定された口座に振り込みを希望する場合記入は不要です。

還 付 先 口 座	金融機関名	銀 行・信用金庫・農協 労働金庫・信用組合・漁協		金融機関コード								
	店名	本店・支店・出張所		支店コード								
	預金種目	口座番号		フリガナ								
	普通・当座									口座名義		
相 続 人	被保険者死亡の場合のみご記入ください											
	請求者氏名・印 印				続柄		住所・電話番号 〒 TEL					

※被扶養者以外の相続人が還付請求をする場合は、優先順位の相続人であることがわかる書類が必要です。

【健保記入欄】

資格喪失年月日	年 月 日					
納付期間・納付額	年 月	～	年 月	円		
還付期間・還付額	年 月	～	年 月	円		
還付額内訳	一般	円	調整	円	介護	円

受付印