

任意継続被保険者
資格喪失申出書 兼 保険料還付請求書

健保 処理 欄	常務理事	事務長	担当

下記事由により、任意継続被保険者の資格喪失を申出いたします。
また、資格喪失後の支払保険料がある場合は給付金支払口座へ還付請求いたします。

被保険者 記号・番号	178	123456	提出日	(和暦) 申請日を記入 年 月 日
被保険者 氏名	健保 太郎		生年月日	(和暦) S38 9 25 年 月 日
住所 電話番号	(〒 556 - 0000) 大阪府〇〇-△△-××			※日中に連絡可能な電話番号を記載してください。
	電話番号 090-000-0000			
※任継加入時に申請した受取口座以外を新たに希望する場合のみ、以下記入してください。				
任意継続加入時に申請した受取口座以外の口座を 希望する場合のみ記入				支店

●該当する資格喪失事由の番号に○を付け、必要事項をご記入ください。

資格喪失事由	任意継続資格喪失日(資格が無くなる日)
1 再就職して、その会社の健康保険に加入するため ■再就職先の資格取得日が分かる書類を下記欄に貼付	就職先の資格取得日 (和暦) 該当する年月日を記入
2 任意継続被保険者でなくなることを希望するため (「1」の場合を除く) ※以下必ずご記入願います。 (理由:)	この「喪失申出書」を健康保険組合が受理した日の翌月1日 ※健康保険法により喪失日をご自身で決定することはできません (電話のみの申出は受理致しかねますので、必ず書類をご提出ください。) 申出書受理後、資格喪失日以降に「資格喪失証明書」を送付致します。 【健保記入】 (和暦) 年 月 日
3 65～74歳で障害認定を受け、後期高齢者医療に 加入するため ■後期高齢者医療加入取得日が分かる書類を下記欄に貼付	後期高齢者医療加入年月日 (和暦) 年 月 日
4 被保険者が死亡したため 【申請者: 続柄: 】	死亡日の翌日 (和暦) 年 月 日

【ご注意ください！】

「資格情報のお知らせ」又は
「資格確認書」の写し
(資格取得日が分かるもの)を
貼付する

本人分のみ

①資格喪失理由や喪失日、納付保険料に関する確認
がありますので、クボタ健康保険組合(06-6648-3620)
迄お電話ください。

②資格喪失日を過ぎましたら、保険証・資格確認書を
速やかにご返却ください。(発行がなかった場合は不要)
※扶養家族がいる場合は全員分

③被保険者が死亡の場合、法定相続人が記入。
被扶養者以外の場合は別途書類をお願いする
ことがあります。

クボタ健康保険組合理事長殿