

常務理事	

受付印

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

被 保 険 者	被保険者等記号番号	記号 — 番号	生 年 月 日
		—	S ・ H ・ R 年 月 日
	(フリガナ)		必ず自署にて記載してください。
	氏 名		
	住 所	〒	
	電 話 番 号	()	*日中連絡が取れる電話番号

資 格 喪 失 の 事 由 (該 当 項 目 に ✓ 印 を ご 記 入 下 さ い)	資格喪失年月日	令和 年 月 日		
	☐ 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため			
	上 ご 記 入 ✓ 印 だ し た 場 合 に	(1)再取得後の健康保険または 船員保険の被保険者等の記号番号		
		(2)適用事業所または 船舶所有者の名称および所在地	名 称	
			所 在 地	
		(3)資格取得年月日	令和 年 月 日	
	☐ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため			
	上 ご 記 入 ✓ 印 だ し た 場 合 に	(1)後期高齢者医療の被保険者等の 被保険者番号		
		(2)都道府県後期高齢者医療 広域連合の名称	() 後期高齢者医療広域連合	
		(3)資格取得年月日	令和 年 月 日	
☐ 加入者本人の申し出による				
☐ 死亡による 死亡による資格喪失の場合、当組合(088-676-2765)までご連絡ください。				
適用欄				

年 月 日

(注)この申請には下記を必ず添付してください。

1.当健保組合が交付した下記の証類等(扶養者分も含む)

- ・ 任意継続被保険者証、資格確認書(発行されている場合)
- ・ 限度額適用認定証(発行されている場合)
- ・ 高齢受給者証(発行されている場合)

※加入者本人の申し出による資格喪失の場合は、資格喪失日以降速やかにご返却ください。

2. 就職された場合は、就職先の「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」の写し(被保険者分のみ)

任意継続被保険者保険料還付金請求書について

任意継続被保険者資格を2年経過（満了喪失）前に喪失される場合、「任意継続被保険者資格喪失申出書」に併せて、下記の『任意継続被保険者保険料還付金請求書』をご提出ください。
＊保険料還付金が発生する場合、保険料還付金請求書を提出いただく必要があります。

- ◇資格喪失理由
- ・再就職等により健康保険または船員保険の被保険者となったとき
 - ・任意継続被保険者でなくなることを希望する旨を保険者（当組合）に申し出たとき
 - ・後期高齢者医療制度の被保険者となったとき
 - ・被保険者が死亡したとき

◇保険料還付金について
資格喪失により、納付いただいた保険料に過払い期間がある場合は、当組合より過払いとなった保険料を還付（返金）します。

保険料還付時期：毎月25日頃
＊保険料還付金が発生する場合は、当組合より還付時期に「振込通知書」を送付します。

◇その他（保険料納付証明書）について
資格喪失された場合、本年分の「保険料納付証明書」を後日送付します。
＊保険料還付金が発生する場合の送付時期は、保険料還付後となります。

任意継続被保険者保険料還付金請求書

令和 年 月 日

大塚製薬健康保険組合理事長殿

下記の理由により任意継続被保険者の資格を喪失いたします。
なお、保険料に還付が生じる場合は、加入時に登録した振込口座に還付を請求いたします。

被 保 険 者	住 所 〒			
	氏 名			
	被保険者等記号番号	—	生年月日	年 月 日
	電 話 番 号	() *日中連絡が取れる電話番号		
	喪 失 理 由			

注：資格喪失理由が「被保険者が死亡したとき」である場合、当組合（088-676-2765）までご連絡ください。

大塚製薬健康保険組合 記入欄

受付印

常務理事	
------	--