

健康保険 任意継続被保険者

資格喪失申出書
保険料還付請求書

下記理由により、任意継続被保険者の資格を喪失いたします。
また、資格喪失後の支払保険料がある場合は還付をお願いいたします。

太枠内の中をご記入ください

提出日：令和 年 月 日

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者の氏名（サイン）をご記入ください（押印可）

被 保 険 者 欄	被保険者証 記号・番号	(記号) (番号) 20 -
	氏名	
	喪失後の 住所	〒 -
	電話番号	()

喪 失 理 由 (該 当 に ☑)	<input type="checkbox"/> ① 就職により他の健康保険に加入したため 就職先発行「資格情報のお知らせ」の写し、または健康保険適用日が記載された「雇用契約書」の写しを添付してください。
	<input type="checkbox"/> ② 任意継続被保険者が死亡したため 死亡診断書の写しを添付してください。 ※健保組合から『未支給の給付金選択届』の提出をお願いする場合があります。
	<input type="checkbox"/> ③ 任意継続被保険者が脱退を希望のため 資格喪失日は健保組合がこの申出書を受理した日の翌月1日となります。 『保険者証』または『資格確認書』は資格喪失日以降すみやかに当健保組合に返却してください。
喪失理由が ①と③の方	<input type="checkbox"/> 翌月1日の保険料徴収を事前に停止することに同意します。 ← こちらにもチェックを入れてください。

■そごう・西武健康保険組合の『任意継続被保険者証』『資格確認書』は(扶養者分も含めて)必ず返却ください。
『限度額適用認定証』『高齢受給者証』『特定疾病療養受領証』が発行されている方は合わせて返却ください

(健保組合記入欄)

資格喪失年月日	保険料 還付	該当月	還付金額	振込日
令和 年 月 日		月分	円	令和 年 月 日

受付

決裁

健康保険組合			
常務理事	事務長	適用担当	