

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

令和 年 月 日 届出

【被保険者情報】

健康保険被保険者証 記 号 ・ 番 号	記 号	4100	番 号	
氏 名	(フリガナ)		生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 令和
住 所	(〒 -)	都道 府県	市区 郡	
連 絡 先 (日中の連絡先)	TEL	-	-	

【資格喪失の事由】該当項目に ☒ し、必要事項を記入してください。

☐ 他の健康保険の被保険者資格を取得したため				
(1)取得した健康保険の 被保険者証の記号番号	記 号		番 号	
(2)適用事業所の名称 および所在地	名 称 所在地			
(3)資格取得年月日	令和 年 月 日			
新しく取得した健康保険の資格情報(写)※および四電健保の健康保険証とあわせて送付ください。 ※「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」の(写)				

☐ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため	
理 由	
資格喪失日は「申出が受理された日の属する月の月末が到来するに至った日の翌日」となります。 資格喪失後、すみやかに健康保険証を返却ください。	

※「資格喪失証明書」につきましては、資格喪失日以降に郵送いたします。

保険料の 還付請求について	上記申出により、既納付済の保険料に還付が生じる場合は届出済みの 指定口座に還付して下さい。 申請者（被保険者）
------------------	---

【健康保険組合処理欄】

受 付 印	喪 失 日	令和 年 月 日		
	還 付 金 額	一般保険料		円
		調整保険料		円
		介護保険料		円
		合 計		円
	還 付 日	令和 年 月 日		

決 定 日	令和 年 月 日	
担 当	事務長	常務理事