常務理事	事務長		扱　者

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）

※太枠内を全てご記入ください

記号・番号	２０　－	フリガナ	
被保険者の生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	被保険者氏名	
被保険者の住所	〒　　－　　電話　　（　　）		

資格喪失の事由 （ア、イ、ウのいずれかを「○」で囲み、再取得後の被保険者等の記号・番号等を記入してください。）	ア　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 (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)
	イ　後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者となったため (1)　後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 (　　) (2)　都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 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)
	ウ　任意継続被保険者でなくなることを希望するため **※資格喪失日は、この申出書を当健保に送付のうえ受理された日の属する月の翌月１日とする。**

還付金振込金融機関 ※還付金が発生した場合のみ還付します	銀　行 信用金庫	金融機関名	銀　行 信用金庫		支店名	支　店 営業所					
		預金種別	普通	口座番号							
	ゆうちょ	記号　　－　　－　　番号									
	口座名義 (フリガナ)	カタカナで記入してください									
	□　公金受取口座を指定　　※還付先をマイナンバーカードに紐づけている口座にする場合										

上記の事由により、任意継続被保険者の資格を喪失することを届出いたします。
また、この届出により保険料の還付が生じる場合は、還付を請求いたします。

令和　　年　　月　　日

氏　名

～～～　注　　意　～～～

以下を添付のうえご提出ください
- □　任意継続時の保険証
- □　資格確認書　※有効期限内のもの
- □　新しい資格情報のお知らせ(写し)

交付を受けている場合は下記も併せて提出ください
- □　ご家族の保険証
- □　資格確認書　※有効期限内のもの
- □　限度額適用認定証
- □　高齢受給者証
- □　特定疾病療養受領証

組合使用欄※記入しないでください

還付額	健康一般保険料	還付期間	健康保険期間
			月～　　月
	健康調整保険料		
	介護保険料		介護保険期間
			月～　　月
	合計		

受付日付印

記　入　例

常務理事	事務長		扱　者

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）

※太枠内を全てご記入ください

記号・番号	20　－　1234	フリガナ	ケンポ　タロウ
被保険者の生年月日	昭和・平成　60年　5月　18日	被保険者氏名	健保　太郎
被保険者の住所	〒　●●●－●●●● ■■県▲▲市××町○－○○－○○　電話　○○○（○○○○）○○○○		

保険者等の記号・番号・お名前・フリガナ・住所・電話番号欄に空欄が無いようご記入ください。

資格喪失の事由

ア　健康保険または船員保険の被保険者資格を取得

(1)　再取得後の健康保険または船員保険の被保険者

(　　)

(2)　適用事業所または船舶所有者の名称および所在

名称（　○○○○○○○株式会社

所在地（　■■県××市▲▲町●－●●－●　　）

資格取得年月日（令和　4　年　1　月　1　日）

新しい保険者等の記号・番号及び事業所名称、または後期高齢者医療広域連合の名称、取得年月日をご記入ください。

高齢者医療制度（長寿医療制度）の被保険者となったため

後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号

(　　)

(2)　都道府県後期高齢者医療広域連合の名称

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）

ウ　任意継続被保険者でなくなることを希望するため

※資格喪失日は、この申出書を当健保に送付のうえ受理された日の属する月の翌月１日とする。

還付金振込金融機関

※還付金が発生した場合のみ還付します

銀　行 信用金庫	金融機関名	○○○○	銀　行 信用金庫	支店名	××××　支　店 営業所						
	預金種別	普通	口座番号	△	△	△	△	△	△	△	
ゆうちょ	記号　　－　　－　　番号										
口座名義 （フリガナ）	カタカナで記入してください ケンポ　タロウ										

□　公金受取口座を指定　　※還付先をマイナンバーカードに紐づけている口座にする場合

上記の事由により、任意継続被保険者の資格を喪失することを届出いたします。
また、この届出により保険料の還付が生じる場合は、還付を請求いたします。

令和　4　年　2月　1日

氏　名　健保　太郎

保険料を納付した月の途中で就職し、他の健康保険に加入した場合に、加入月以降の保険料を返還いたします。

～～～　注　意　～～～

以下を添付のうえご提出ください

- □　任意継続時の保険証
- □　資格確認書　※有効期限内のもの
- □　新しい資格情報のお知らせ（写し）

交付を受けている場合は下記も併せて提出ください

- □　ご家族の保険証
- □　資格確認書　※有効期限内のもの
- □　限度額適用認定証
- □　高齢受給者証
- □　特定疾病療養受領証

組合使用欄※記入しないでください

還付額	健康一般保険料	還付期間	
	健康調整保険料		
	介護保険料		介護保険期間
	合計		月～　月