

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



下記の①から③の資格喪失事由により、任意継続被保険者の資格を喪失するための申出書です。
(①から③以外の理由では、この申出書を提出することはできません。)

| | | | | | | |
|----------------------------|----|--------|------|------------|------------------|-----|
| 被 保 険 者 情 報 | 記号 | 320 | 番号 | | | |
| | 氏名 | (フリガナ) | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 日 |
| | 住所 | 〒 | — | 都・道 府・県 | 電話番号 (日中の連絡先) | () |

▷ 該当する資格喪失事由に✓を付け、該当項目をご記入ください。

| | | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------|----|-------|----------------|----|-----|-------------------|----|-------|
| 資 格 喪 失 事 由 | <input type="checkbox"/> ① 再就職し新たに健康保険の被保険者資格を取得したため | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>新しい被保険者等 記号・番号</td> <td>記号</td> <td>番号</td> </tr> <tr> <td>再就職先事業所の名称</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>再就職先での 資格取得年月日</td> <td>令和</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table> <p>※再就職先の被保険者記号・番号、資格取得日がわかるもののコピーを添付してください。 (保険料還付額計算などで喪失日を確認するために必ず必要です。) ※添付書類は裏面をご確認ください。</p> | 新しい被保険者等 記号・番号 | 記号 | 番号 | 再就職先事業所の名称 | | | 再就職先での 資格取得年月日 | 令和 | 年 月 日 |
| | 新しい被保険者等 記号・番号 | 記号 | 番号 | | | | | | | |
| 再就職先事業所の名称 | | | | | | | | | | |
| 再就職先での 資格取得年月日 | 令和 | 年 月 日 | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ② 被保険者が死亡したため | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>死亡した日</td> <td>令和</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>届出人 (法定相続人)</td> <td>住所</td> <td>TEL</td> </tr> <tr> <td></td> <td>氏名</td> <td>続柄</td> </tr> </table> <p>※死亡診断書等死亡年月日が記載された書類のコピーを添付してください。 (保険料還付額計算などで喪失日を確認するために必ず必要です。) ※法定相続人が、被扶養者である配偶者以外の場合は、別途確認書類が必要になることがありますので ご連絡ください。(03-3343-2803)</p> | 死亡した日 | 令和 | 年 月 日 | 届出人 (法定相続人) | 住所 | TEL | | 氏名 | 続柄 |
| 死亡した日 | 令和 | 年 月 日 | | | | | | | | |
| 届出人 (法定相続人) | 住所 | TEL | | | | | | | | |
| | 氏名 | 続柄 | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ③ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため | | | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|--------------------------------------|--------|--|------|--|--|--|
| ※ 還 付 金 入 金 口 座 | 公金受取口座 | <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は☑、利用しない場合は下記の欄に口座等を記入してください。) | | | | |
| | 金融機関名 | 支店名 | 店番号 | | | |
| | 口座種類 | 1. 普通 2. 当座 | 口座番号 | | | |
| | 口座名義 | ※ カタカナでご記入ください | | | | |

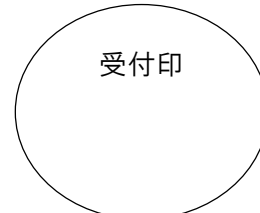
※ 口座名義等は被保険者のものを記入してください。
※ 死亡による資格喪失の場合は、法定相続人の口座等を記入してください。(マイナポータル等で事前登録した公金受取口座はご利用いただけません。)

| | | | | |
|---------|-----|---|-------|---|
| 返納資格確認書 | 本人分 | 枚 | 被扶養者分 | 枚 |
|---------|-----|---|-------|---|

健保記入欄
別添のとおり納付済保険料を還付し、徴収決定済額取消を行ないたい。

| |
|-------|
| 資格喪失日 |
| 年 月 日 |

| | | |
|----|----|-----|
| 課長 | 係長 | 担当者 |
| | | |



【 添付書類と留意事項 】

| 喪失事由 | 添付書類等 | 留意事項 |
|---------------|---|--|
| ①の方 (再就職) | <ul style="list-style-type: none"> ● 任意継続被保険者の資格確認書（交付されている場合） （被扶養者分を含む） ＊高齡受給者証や限度額認定証などの交付を受けている場合は、併せてご提出ください。 ● 新たに取得した「資格情報のお知らせ」「資格確認書」のコピー | <ul style="list-style-type: none"> ○ 資格喪失年月日は、新たに取得した健康保険の資格取得年月日となります。 ○ 保険料は、資格喪失月の前月分までとなります。 |
| ②の方 (死亡) | <ul style="list-style-type: none"> ● 任意継続被保険者の資格確認書（交付されている場合） （被扶養者分を含む） ＊高齡受給者証や限度額認定証などの交付を受けている場合は、併せてご提出ください。 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 資格喪失年月日は、死亡日の翌日となります。 ○ 保険料は、資格喪失月の前月分までとなります。 |
| ③の方 (喪失希望) | <ul style="list-style-type: none"> ● 任意継続被保険者の資格確認書（交付されている場合） （被扶養者分を含む） 【注：資格確認書等の添付について】 <p>③が資格喪失事由の場合、申出月の月末までは資格確認書を使用することができます。資格喪失日（申出書を当健保組合が受理した日の翌月1日）以降に「資格喪失通知書及び証明書」を発行しますので、資格喪失通知書がお手元に届き次第、任意継続被保険者の資格確認書を当健保組合までご返却ください。 (高齡受給者証なども同様となります。)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ 資格喪失年月日は、この申出書を健保組合が受理した日の属する月の翌月1日となります。 ○ 保険料は、この申出書を健保組合が受理した日の属する月分までかかります。 ○ 申出後にこの資格喪失を取り消すことはできません。 |

注：資格取得月に資格喪失となった場合は、資格喪失月の保険料はかかりません。