

常務理事	事務長	係員

## 健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書兼還付請求書

被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	記号 5 1 番号	
氏 名		
資 格 喪 失 年 月 日	令和 年 月 日	
資 格 喪 失 事 由 (該当する番号に○をご記入ください)	1. 死亡した 2. 一般の被保険者となった 3. 船員保険の被保険者となった 4. 後期高齢者医療の被保険者となった 5. 資格喪失希望による	
還 付 金 振 込 先 ※還付金が発生した場合のみ還付します ※資格喪失事由が死亡以外は本人名義を記入のこと	銀行・信金 信組・労金	本店 支店 出張所
	口座番号(普通預金)	
	口座名義(カタカナ)	

上記のとおり届出します。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します。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

電話番号 ( ) -

### 【注意事項】

- ① 資格喪失年月日は、資格喪失事由が死亡のときはその翌日を記入。  
再就職により一般の被保険者となったときは就職日(資格取得年月日)をご記入ください。
- ② 交付されている資格確認書は、速やかにご返却ください。
- ③ 資格喪失日以降は当組合の資格確認書は使用できません。  
使用された場合、医療費をご返納頂きます。(後日「医療費の返納通知書」を送付します)
- ④ 再就職により一般被保険者及び船員保険の被保険者となった時は、新たに資格取得した健康保険の「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」をこの届書に添付して下さい。