

# 健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書

※健康保険組合記入欄

資格喪失日	※保険料還付月	※還付金振込日	※還付金額	常務理事	事務長	担当
平成 年 月 日	平成 年 月 平成 年 月	平成 年 月 日	円			

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	氏名	フリガナ <b>ケンポ タロウ</b> <b>健保 太郎</b> (印)	住所	〒 <b>123-4567</b> <b>〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 ××ハイツ123号</b> 電話 <b>111 ( 222 ) 3333</b>	保険者証の記号・番号	<b>99</b> <b>〇〇〇</b>
	喪失理由 (該当するものにレ点)		被保険者証の返却について (該当するものにレ点)		資格喪失証明書について (該当するものにレ点)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 就職の為 (就職日:平成〇〇年〇月〇日) <b>※就職先の被保険者証の写しを添付すること</b> ※写しが添付が出来ない場合は、必ず①～③を記入すること ①就職先の健康保険組合名 ( ) ②記号・番号 ( - ) ③電話 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input checked="" type="checkbox"/> 同封済 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 未同封 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 ( <b>2</b> 枚) 理由:		<input type="checkbox"/> 発行を希望する <input type="checkbox"/> 全員分 <input type="checkbox"/> 発行を希望しない <input type="checkbox"/> 被保険者分 <input type="checkbox"/> 被扶養者分 氏名:	
返却予定日 平成 年 月 日			<input checked="" type="checkbox"/> 発行を希望しない			

### 健康保険 任意継続保険料 還付請求書

エイチ・アイ・エス健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり請求します。

平成 年 月 日

請求者 氏名 (印)

(請求者が相続人の場合記入) 住所 電話番号 ( )

還付理由	1.他健保加入      2.被保険者の死亡 (死亡年月日 平成 年 月 日)
還 付 金 の 振 込 先	銀行 本店
	信用金庫 支店
	信用組合
預金種別	普通・当座      口座番号
名義人(フリガナ)	

- ※注意事項
- 資格喪失した月の保険料は必要ありません。
  - 資格取得した月と資格喪失した日が同じ月の場合は、1ヶ月分が必要となりますので、保険料の還付はありません。
  - 還付請求書は、還付がある場合のみご記入ください。
  - 請求者が相続人であるときは、被保険者であった者との関係を記入してください。
  - 被保険者が死亡したため、相続人が前納保険料を請求するときは、次の書類を添えてください。  
 イ.被保険者であった者の死亡を明らかにすることができる書類。(死亡診断書など)  
 ロ.先順位の相続人であることを明らかにすることができる書類。(戸籍謄本)

受付日付印

**任意継続の資格を喪失する場合には、こちらの書類が必要となります。**  
**ご記入の上、保険証とともに健保組合まで提出くださいますようお願いいたします。**