

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			
平成 年 月 日	平成 年 月 平成 年 月	平成 年 月 日	円	常務理事	事務長	担当

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	氏名	フリガナ Ⓜ	住所	〒 電話 ()	保険者証の記号・番号	
	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 type="checkbox"/> 就職の為 (就職日:平成 年 月 日) ※就職先の被保険者証の写しを添付すること ※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"/> 同封済 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 (枚) <input type="checkbox"/> 未同封 理由:		<input type="checkbox"/> 発行を希望する <input type="checkbox"/> 発行を希望しない	<input type="checkbox"/> 全員分 <input type="checkbox"/> 被保険者分 <input type="checkbox"/> 被扶養者分 氏名:
	<input type="checkbox"/> その他 ()		返却予定日 平成 年 月 日			

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 Ⓜ

(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

1. 資格喪失した月の保険料は必要ありません。
2. 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。
3. 還付請求書は、還付がある場合のみご記入ください。
4. 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。
5. 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