健康保険組合 任意継続被保険者 資格喪失申出書 兼 還付請求書

被保険者欄	1	被保険者証の記号及び番号	――
	2	被保険者の生年月日	昭和・平成　年　月　日
	3	被保険者の氏名	(フリガナ)　㊞
	4	被保険者の住所	郵便　-　電話　(　) 都道府県

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。
また、すでに納付済の保険料が過納となっている場合は、下記還付先に記入した金融機関に振込をお願い致します。

5	資格喪失年月日	令和　年　月　日
	資格喪失事由となる新たな加入先 ※就職等により被保険者資格を取得した場合	(1)再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号 (　) (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)
	被保険者証カード返却について	申出書に添付　・　左記以外の記述(具体的に) ・

下記内容にて任意脱退による資格喪失を申出します。
また、すでに納付済の保険料が過納となっている場合は、下記還付先に記入した金融機関に振込をお願い致します。

6	任意脱退申出日(※1)	令和　年　月　日
	(※1)　資格喪失日は任意脱退の申出が受理された日の属する月の翌月1日となります。 被保険者証は資格喪失日以降速やかにご返却ください。	
	任意脱退理由 ※該当する項目に○をしてください。	1. 国民健康保険加入のため 2. 被扶養者認定のため 3. その他(具体的に:　)
	資格喪失証明書の発行	1. 希望する　・　2. 希望しない ※資格喪失手続き後の郵送となります。
過入金分保険料還付先 (還付がない方は記入不要です。)		＿＿＿＿＿＿銀行・労働金庫・農協・信用金庫・信用組合 ＿＿＿＿＿＿本店・支店 普通 ・ 当座　口座番号:＿＿＿＿＿＿

※健保組合使用欄

常務理事	事務長	係

受付年月日印

被保険者証回収欄	被保険者氏名	被扶養者氏名	被扶養者氏名	被扶養者氏名
	添付 ・ 返不能 ・ 滅失	添付 ・ 返不能 ・ 滅失	添付 ・ 返不能 ・ 滅失	添付 ・ 返不能 ・ 滅失

シンフォニアテクノロジー健康保険組合