

受付日付印

ファイザー健康保険組合 宛

| | | |
|------|-----|--|
| 常務理事 | 事務長 | |
| | | |

任意継続被保険者 資格喪失届 兼 還付請求書

任意継続被保険者の資格を喪失しましたので、被保険者証を返納いたします。
 なお、納付済保険料のうち還付金があれば以下の口座にお支払ください。

| | | | |
|--------|----------|--------|----------|
| 申請年月日 | 和暦 年 月 日 | 被保険者氏名 | |
| 被保険者証 | | | |
| 記号 | 番号 | | |
| 91 | | 生年月日 | 和暦 年 月 日 |
| 住所 | 〒 | | |
| 日中の連絡先 | — — | | |

下記の事由に該当したため、次の通り申出します。

資格喪失届出

1. 再就職し、他の健康保険に加入したため

| | |
|-------------------|------------------|
| 新しい健康保険の 資格取得日 | 和暦 年 月 日 |
| 保険料納付済期間 | 和暦 年 月 分まで保険料納付済 |

※新しい保険証のコピーまたは健康保険資格取得証明書のコピーを添付してください。

2. 他の健康保険に加入するため

(①国民健康保険に加入する ②家族の被扶養者となる 等)

| | |
|----------|------------------|
| 保険料納付済期間 | 和暦 年 月 分まで保険料納付済 |
|----------|------------------|

※申し出た月の翌月1日に資格を喪失します。資格喪失後、資格喪失証明書を送付します。

3. 被保険者が死亡したため

| | |
|--------------|------------------|
| 被保険者死亡した日の翌日 | 和暦 年 月 日 |
| 保険料納付済期間 | 和暦 年 月 分まで保険料納付済 |

※被保険者が死亡した日を証明できる書類を添付してください。

(例: 死亡診断書・埋葬許可書・除籍になっている住民票等)

還付請求

※ 保険料還付がある場合はご記入ください。

| | | | |
|---------------------|------------------------|-----------|----------|
| 金融機関名 (ゆうちょ銀行不可) | | 支店名 | |
| 普通口座番号 | | 名義 | |
| 還付対象期間 | 和暦 年 月 から 和暦 年 月 まで | 還付 請求額 | ※健保記入欄 円 |

※銀行口座は被保険者本人名義の口座をご記入ください。