

受付日付印

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、ご連絡いたします。  
 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。  
 ※被保険者証または資格確認書をお持ちの場合はご返却ください。

申請年月日	和暦 年 月 日	被保険者氏名	
被保険者等			
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

※新しい資格情報のお知らせ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。