

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、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 R3 年 9 月 1 日	被保険者氏名	
被保険者等		健保 太郎	
記号	番号		
91	1234	生年月日	和暦 S36年 1 月 1 日
住所	〒151-8589 東京都渋谷区代々木3丁目22番7号		
日中の連絡先	090	—	1234 — 5678

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 R3 年 9 月 1 日
保険料納付済期間	和暦 R4 年 3 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)	ケンポ銀行	支店名	新宿
普通口座番号	1234567	名義	ケンポ タロウ
還付対象期間	和暦 R3 年 9 月 から 和暦 R4 年 3 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。