

健 保 使 用 欄	常務理事	事務局長	課 長		担 当 者

T07-3

**経済産業関係法人健康保険組合**  
**健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書（兼 保険料還付請求書）**

記入方法および添付書類等については、「健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書（T07-3）の記入方法と記入例」をご確認ください。

被 保 険 者 情 報	記 号	9999	フリガナ	
	番 号		氏 名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	住 所	<input type="checkbox"/> 登録住所に変更なし (変更なしの場合は <input checked="" type="checkbox"/> 、変更する場合は下に新住所をご記入ください。)		
〒		-	TEL	

1. 次の事由により任意継続被保険者の資格喪失を申し出ます。

資 格 喪 失 事 由	い ず れ か に <input checked="" type="checkbox"/> を 入 れ て く だ さ い。	<input type="checkbox"/> A 就職により他の健保組合等の被保険者となったため
		<input type="checkbox"/> B 就職により再び当組合の被保険者となったため (事業所名: )
		<input type="checkbox"/> C 75歳未満だが認定をうけて後期高齢者医療制度の被保険者となったため
		<input type="checkbox"/> D 上記A～C以外の事由で資格喪失を希望するため
資格喪失年月日	令和 年 月 日	
保険料の還付の有無	<input type="checkbox"/> 有 (下の2もご記入ください。) ・ <input type="checkbox"/> 無 (記入終了)	

2. 既に納付済みの保険料について未経過分の還付を請求します。

還付請求金額	円	
還 付 金 の 振 込 先  (普通預金)	口座名義は被保険者情報欄に記入した被保険者氏名に限る。	
	金融機関名	
	店 名	
	口座番号	

受付日付印

提出先：〒105-0001 東京都港区虎ノ門2-2-5 経済産業関係法人健康保険組合  
 TEL 03-3583-8260 / e-mail keisankenpo@tsuken.or.jp