

**例：2月から家族の被扶養者になることにしたため資格喪失を申し出る場合**

※資格喪失日を2月1日とするには、本申出書が1月中に受理される必要があります。資格喪失日が2月1日ということは、1月31日まで当組合の被保険者の資格があり、2月1日から他の健保組合等に参加できることを意味します。

**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  
記入

直接入力用の場合、生年月日の元号と  の欄は、プルダウンメニューから選択できます。

と

被 保 険 者 情 報	記号	9999	フリガナ	ケイゾク タロウ
	番号	5678	氏名	継続 太郎
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	平成	49 年 11 月 1 日
	住所	<input checked="" 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 checked="" 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 4 年 2 月 1 日	
保険料の還付の有無	<input checked="" 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	93,846 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	●●●銀行
	店名	●●●支店
	口座番号	0123456

受付日付印

既に今年度分の保険料を納付済みの場合、未経過分（例は2月・3月分）の保険料が還付されます。  
還付請求金額は当組合に必ず確認の上、ご記入ください。