

常務理事	事務長	担当者

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)

下記理由により、任意継続被保険者の資格喪失を申し出ます。
なお、この申出により保険料の過払いが生じた場合は、還付手続きをお願いします。

記号・番号	被保険者氏名	生年月日
1399 -		昭和 平成 年 月 日
住所		電話番号
		固定: () 携帯: ()

資格喪失事由(該当項目に✓印を入れ、事由発生日をご記入ください)

<input type="checkbox"/> 新たに被保険者資格を取得したため(就職)	資格取得日	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため	資格取得日	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)の喪失申出 (喪失申出の資格喪失日は申出書が受理(健保到着)された日の翌月1日です。)	資格喪失申出日	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> その他	理由	資格喪失日 令和 年 月 日

【添付書類】

- 横浜ゴム健康保険組合発行の被保険者証 (本人: 枚・家族: 枚)
* 該当の方は、「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受療証」等も含む
* 被保険者の喪失申出の場合は資格喪失日以降にご返却ください。
- 新たに加入した健康保険証のコピー(ご本人分のみ)等の資格取得日が判るもの

【保険料の還付が生じた場合の振込先について】

下記の口座へ振込をお願いします。(いずれかに✓、新たに口座を指定する場合は振込先も記入)

- 任継加入時に申請した「還付金・給付金等の振込口座」
 新たに指定する振込先 (ゆうちょ銀行は指定できません)

(フリガナ)	銀行 (フリガナ)	本店	(普通預金)口座番号
	信金・信組	支店	
	農協・労金	出張所	

* 口座名義は
ご本人または
法定相続人です

※ 申請に伴う郵送料は被保険者負担となっていますので予めご了承ください。

〔健保使用欄〕

* 保険証返納 = 回収 ・ 未回収(本人 ・ 被扶養者 枚)
* その他の証 = 無し 有り = 回収 未回収
* 保険料還付 = 無し
有り ... 月分～ 月分 (ヶ月分)
還付額:
還付日:

健保受付印