

横浜ゴム健康保険組合 御中

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 - 1 2 3 * *	横 浜 健 一	昭和 平成 4 5 6 7 年 月 日
住 所	電 話 番 号	
310-00** 茨城県水戸市**町 123-4 YRC マンション 302	固定: 0 2 9 (2 * * 3 4 * *	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）

☒ 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 3 年 3 月 8

「前納」または「口座振替」により納付済みとなっている保険料が有る場合は、この届出により過払い分の保険料を還付いたします。
資格取得日の判るもの（健康保険証のコピー等）を添付してください。

* 保険料の日割りは有りません。

【 添付書類 】

1. 横浜ゴム健康保険組合発行の被保険者証/資格確認書（本人: 1 枚 ・ 家族: 2 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には、資格喪失日以降にご返却ください。

資格確認書もご返却ください

※ 死亡の場合は、除籍簿等のお知らせ/資格確認書のコピー（ご本人分のみ）等の資格取得日が判るもの
・ 死亡診断書等の死亡日が判るもの

【 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/資格確認書返納 = 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

横浜ゴム健康保険組合