

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出します。
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。

				届出日		年		月		日		
本人記入欄	被保険者等 記号・番号	100 -		フリガナ								
				被保険者氏名		㊞						
	被保険者の 生年月日	年 月 日		電 話	()							
	喪失事由	1. 再就職 ・ 2. 後期高齢者医療制度に加入 ・ 3. 死亡 ・ 4. 申出										
	1. 再就職先で加入 の場合	再就職先の 資格取得日		年 月 日								
		※再就職先の健康保険証(写)又は資格確認のお知らせ(写)を添付してください。 (保険料還付額計算などで喪失日を確認するために必ず必要です。)										
	2. 後期高齢者医療 制度に加入の場合	後期高齢者医療 制度の資格取得日		年 月 日								
		※後期高齢者医療被保険者証(写)を添付してください。										
	3. 死亡の場合	死亡した日		年 月 日								
		※死亡診断書等死亡日が記載された書類のコピーを添付してください。 (保険料還付額計算などで喪失日を確認するために必ず必要です。)										
届出人 (法定相続人)		住所	〒 TEL									
		氏名	㊞				続柄					
4. 申出の場合	資格喪失申出		申出します									
	※申出の場合、申出書を受理した日の属する月の翌月1日が資格喪失日となります。 ※原則として、申出書を受付後に取消は出来ません。											
※還付金 入金口座	金融機関名	1. 銀行・信金・()				支店						
		2. 郵便局										
	口座番号	1. 普通 口座番号() 2. 当座										
	口座名義	カタカナでご記入ください。										
※ 口座名義等は被保険者のものを記入してください。なお、死亡による資格喪失の場合は、法定相続人の口座等を記入してください。 ※ 法定相続人が、被扶養者である配偶者以外の場合は、別途確認書類をお願いすることがあります。												
添付書類	当組合の「健康保険証又は資格確認書」、および「高齢受給者証」・「限度額適用認定証」(発行している場合) 4.申出の場合は、資格喪失日以降(5日以内)に返納ください。											

◆サノヤス健康保険証の使用について、ご記入ください。

資格喪失日以降、病院又は薬局へ行かれましたか？(扶養家族の使用も含む)

☐いいえ ・ ☐はい

※使用された時は、後日サノヤス健康保険組合から医療費の請求をしますので、ご自身で医療費の精算手続きが必要です。

健保記入欄	資格喪失日	年 月 日		還付年月日	年 月 日		
	納付金額	円		納付期間	年 月 ~ 年 月		
	還付月数	ヵ月分		還付期間	年 月 ~ 年 月		
	還付額(内訳)	一般	円	介護	円		
		調整	円	還付合計額	円		
	証回収年月日	年 月 日		埋葬	有 ・ 無	受診	有 ・ 無

受 付 日

常務理事	担 当		