

任意継続被保険者資格喪失申出書 (保険料還付請求書)

石塚硝子健康保険組合		御中	年 月 日
任意継続健康保険を下記理由により脱退しますので、 未経過分の保険料を還付請求いたします。			
被保険者証 記号・番号	—	被保険者 氏 名	(印)
被保険者住所 (変更有・無)	〒 電話 ()		※現住所(住所変更 している場合は変更 後の住所)を記入
任意継続健康保険 脱退の理由	1. 就職 2. 死亡 3. 保険料未納 4. 後期高齢者医療制度加入 5. 脱退希望	※左記以外の理由では脱退できません。 ※3.(保険料未納)には、何らかの理由で保険料を支 払う意思が無い場合も含まれます。 ※就職、死亡および後期高齢者医療制度加入の理由で 脱退する場合のみ、納付済みの保険料を還付します (同月得喪の場合を除く)。	
新しく加入した健康 保険の資格取得日	令和 年 月 日	※脱退の理由が 1. 就職または 4. 後期高 齢者医療制度加入による場合のみ記入	
添付書類	<input type="checkbox"/> 任意継続健康保険被保険者証(本人分および家族分) <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証、高齢受給者証、特定疾病療養受療証(発行されている場合のみ)		
還付金振込先	銀行	支店	フリガナ 普通預金No. 口座名義

* 事前に健康保険組合へ任意継続を脱退する旨のご連絡をお願いします (TEL: 0587-37-2410)。

(健保使用欄)

支払決定伺	
該当月	/ 月 ~ / 月
還付金支払日	令和 年 月 日
還付金支払額	円

資格喪失日 令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 喪失処理
<input type="checkbox"/> 前納
<input type="checkbox"/> 証回収(限・高・特)
<input type="checkbox"/> 保険料還付(有・無)
<input type="checkbox"/> 住変(有・無)

常務理事	事務長	担当者

受付日	処理日