

受付日付印

決		裁
常務理事	事務長	係

任意継続被保険者資格喪失申出書 兼 保険料還付請求書

(就職・本人の申出による届出)

※期間満了による資格喪失の場合は、申出は不要です。書類は当組合より送付いたします。
※死亡または後期高齢医療制度に該当した場合は、速やかにご連絡ください。

下記の理由により、任意継続被保険者の資格喪失を申出いたします。
また、納入済保険料がある場合は還付を請求いたします。

訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください。
(従来通りの訂正印も可)

日本無線健康保険組合 御中

令和 × 年 × 月 × 日 申請

被保険者等 記号・番号(*1)	記号	1010	フリガナ	ケンポ タロウ
	番号	99999	被保険者 氏 名	健保 太郎
生 年 月 日	昭・平 × 年 × 月 × 日 生			〇〇 歳
住 所 (居 所)	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1丁目2番3号			
電 話 番 号	電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇			
資格喪失事由 (該当する□にチェックをしてください。)	<input type="checkbox"/> 1. 再就職により健康保険に加入したため			
	資格喪失日	令和 × 年 × 月 × 日 (新しい健康保険の加入日)		
	添付書類	・新しい健康保険の資格取得日が確認できるもの(被扶養者分含む) 例) 資格情報のお知らせコピー等 *上記書類の到着が遅れる場合は先に申出書を提出し、後日当該書類をご提出ください。 ・当組合の資格確認書の原本返却(交付者のみ)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 本人の申出により資格喪失するため(国民健康保険・被扶養者として加入) ※喪失を希望する月の前月中にこの申出書を健康保険組合へ届出てください。 余裕をもってご提出ください。 ※申出後の取消しはできません。			
資格喪失希望日	令和 × 年 × 月 1 日 (届出書を提出した月の翌月1日)			
添付書類	・資格喪失証明書発行願(当組合HP申請書式一覧「T8」) ・資格喪失日以降 → 当組合の資格確認書の原本返却(交付者のみ)			
健康保険組合からの保険料 振込先	〇〇〇 銀行 〇〇〇〇 支店 普通預金・当座預金 (※ゆうちょ銀行を指定される場合は、振込用口座番号をご記入ください)			
※本人口座に限ります。	店 番 号	〇〇〇	フリガナ	ケンポ タロウ
	口 座 番 号	〇〇〇〇	口 座 名	健保 太郎

(*1) 被保険者等記号・番号が不明な場合は①資格情報のお知らせ、②マイナポータル、③資格確認書、④事業所の健康保険担当部門(人事・総務/担当者)のいずれかでご確認ください。

※保険料引落としの中止手続きは当組合で行います。納付済の保険料がある場合は、手続き完了後に上記口座へ返金いたします。

※手続き完了後、通知書類を郵送いたします。「2. 本人の申出による資格喪失」の場合は、手続き完了後、喪失日前月の下旬に郵送いたします。