

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書 (兼 還付請求書)

任意継続被保険者証 (保険証)の	記号 901 -	番号	生年月日 昭和 平成 年 月 日
被保険者氏名			
住所・電話番号	〒 TEL ()		

資格喪失理由 ※どちらかに チェック してください。	<input type="checkbox"/> 健康保険(または船員保険)の被保険者資格を取得したため(就職等) または後期高齢者医療制度の被保険者となったため(障害等)			
	上記に ✓をした 場合	■新しい保険証等の記号と番号 記号 番号	添付書類 ・任意継続の保険証(資格確認書) (家族分も含む) ・新しい「資格情報のお知らせ」のコ ピー(本人分のみ:下に貼付してくだ さい)	
		■事業所(または船舶・広域連合)の名称・所在地		
		■資格取得年月日(= 任意継続資格喪失日) 令和 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 申出により任意継続保険の資格を喪失したため			
	※申出書を受理した月の翌月1日が資格喪失日となります。 ※申出後に資格喪失を取り消すことはできません。		添付書類 申請時には不要です。 保険証等は資格喪失後に送付ください。	
保険料還付がある 場合の振込先 ※本人名義のみ	■金融機関 銀行・金庫 他()	■支店 本店 支店	■種別 普通	■口座番号

【備考】

○保険証等の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は備考欄へ記入してください。記入した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

《注意》

◎再就職や期間途中で喪失を希望する場合に提出ください。(2年経過や75歳到達の場合提出不要です。)

◎任意継続被保険者の保険証等は、自分で廃棄せず**に必ず当健康保険組合に返却してください。**

※資格確認書・限度額適用認定証・特定疾病受給者証等も、お持ちの場合はあわせて返却ください。

《資格確認のお知らせ コピー貼付欄》
(切り取りの場合)

就職等による喪失の場合は、新しい
資格情報のお知らせ(本人分のみ)
のコピーを貼付してください。
(A4サイズのコピーの場合は貼らずに同封ください)

(受付印)

【送付先および問い合わせ先】
〒380-0918 長野市アークス1-32
長野県卸商業団地健康保険組合
電話 026-224-5778