

任意継続被保険者 資格喪失申出書 兼 保険料還付請求書

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

本人記入欄	被保険者 記号一番号	—	被保険者氏名 および生年月日	年 月 日生	
	資格喪失事由 (該当箇所には○をし ()内に記入のこと)	(1) 再就職し、健康保険等の被保険者資格を取得したため ① 資格取得年月日 …… (年 月 日) ア. () 健康保険組合 イ. 全国健康保険協会 () 支部 ウ. () 共済組合			
		(2) 被保険者が死亡したため ① 死亡年月日 …… (年 月 日)			
	還付金の振込先 (名義は請求者と同じ)	山梨中央 銀行 普通預金 () 支店 口座No ()			
申請日 _____ 年 月 日 〒 _____ 住所 _____ 申出者 兼 請求者の 氏名 _____ TEL _____					
健保記入欄※	喪失日	年 月 日	支払日	年 月 日	
	支払期間	年 月分 ~ 年 月分 (カ月分)			
	還付額	円	一般 (内訳) 調整 介護	円 円 円	

1. 資格喪失に伴い当健保の保険証・資格確認書は回収となりますので、お持ちの場合は本申出書に添付して下さい。
2. 就職による他健保加入の場合は、資格喪失日確認の為、新たに取得した「資格情報のお知らせ」写を添付して下さい。
3. ※欄は記入しないで下さい。