

# 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

被保険者(申請者)記入用

喪

(兼 保険料還付金請求書)

健康保険の被保険者または後期高齢者医療制度の被保険者になったときなど、健康保険任意継続の被保険者資格を喪失する際にご提出ください。申出書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

|        |                  |         |    |  |                                                                                     |                                                     |   |   |
|--------|------------------|---------|----|--|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---|---|
| 被保険者情報 | 記号               | 100     | 番号 |  | 生年月日                                                                                | 年                                                   | 月 | 日 |
|        | 被保険者等の<br>(右づめ)  |         |    |  | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 |                                                     |   |   |
|        | 氏名               | (フリガナ)  |    |  |                                                                                     | ※被保険者が亡くなられた場合は、<br>申請される方の氏名、住所をご記入<br>ください。(間柄: ) |   |   |
|        | 住所               | (〒 - )  |    |  |                                                                                     | 都 道<br>府 県                                          |   |   |
|        | 電話番号<br>(日中の連絡先) | TEL ( ) |    |  |                                                                                     |                                                     |   |   |

以下の該当する事由に✓を記入して下さい。

|                    |                                                                                 |                                                                   |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 資格喪失事由<br>(該当項目に✓) | 資格喪失年月日                                                                         | <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日<br><input type="checkbox"/> ( ) |
|                    | <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                              | 添付書類 ①、②                                                          |
|                    | <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため                                   | 添付書類 ①                                                            |
|                    | <input type="checkbox"/> 任意脱退 ※任意継続者でなくなることを希望する場合<br>(健保組合が申出書を受理した日の翌月1日が喪失日) | 添付書類 翌月1日以降に①                                                     |
|                    | <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日の翌日が喪失日)                                        | 添付書類 ①、③                                                          |

※ この届出により保険料の還付が生じる場合は、還付を請求します。

(被保険者名義)被保険者が亡くなられた場合、「振込先指定口座」は申請される方の情報をご記入ください。

|         |            |                                                       |      |  |              |
|---------|------------|-------------------------------------------------------|------|--|--------------|
| 振込先指定口座 | 金融機関<br>名称 | 銀行 金庫 信組 本店 支店<br>農協 漁協 出張所<br>その他 ( ) 本所 支所          |      |  |              |
|         | 預金種別       | 普通口座                                                  | 口座番号 |  | 左づめでご記入ください。 |
|         | 口座名義       | ▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) |      |  |              |

新たに取得した資格確認書または資格情報のお知らせの写し のりしろ位置(左づめで貼付)

## 【添付書類】

- ① 勝又健康保険組合の資格確認書または健康保険証(扶養家族分も含む)  
高齢受給者証、限度額適用認定証等(交付を受けた方のみ)
- ② 今回新たに取得した資格確認書又は資格情報のお知らせの写し  
(扶養家族分も含む)
- ③ 死亡診断書等死亡年月日が記載された書類の写し

## 【提出書類送付先】

〒260-0012 千葉県千葉市中央区本町2丁目2番10号  
勝又健康保険組合

|               |  |  |     |
|---------------|--|--|-----|
|               |  |  | 還 納 |
| 受付<br>日付<br>印 |  |  |     |