

# 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申請書

届出日 令和 年 月 日

記号・番号	88 -	
フリガナ		
被保険者氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日
被保険者自宅住所・連絡先	〒 - 自宅Tel - - 携帯Tel - -	
*被保険者死亡の場合にご記入ください	*申請者氏名	*被保険者との続柄
	*申請者の自宅住所・連絡先	
	〒 - 自宅Tel - - 携帯Tel - -	
喪失事由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 申出による <input type="checkbox"/> 死亡	
翌年度の人間ドック申込	12月1日から4月30日までに資格を喪失される方のみご記入ください。(被保険者の死亡の場合を除く) <input type="checkbox"/> 申込あり (受診をキャンセルする) <input type="checkbox"/> 申込あり (全額自己負担で受診する) <input type="checkbox"/> 申込あり (当健保組合に引き続き加入する)	

【注意】納付済期間中の保険料は、就職や申出や死亡、雇用保険法の定めによる特定受給資格者等以外の理由ではお返しできません。

(被保険者の死亡の場合を除く)

<b>被保険者 確認欄</b>	<input type="checkbox"/>	この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
---------------------	--------------------------	---

	申請書写	喪失入力	喪失証明送付	回収		納付方法	振替中止年月	台帳登録	振替口座登録解除
	健保処理欄	□ドック担当へ			限度額 高齢受給者 長期疾病	保険証 資格確認書	口座振替 前納(通年) 前納(半期)	R / 月	
保険料返還		請求書	保険料返還額	保険料返還期間	保険料返還日	経理伝票作成	返還通知送付	資格喪失日	
なし ・ あり			円	R . 月 ~ R . 月	R . /			R 年 月 日	

決定年月日： . . .

健保組合	伺		
	常務理事	事務長	担当

受付印

# 請 求 書

請 求 金 額			

(内 訳)

令和 年 月 日 以下の理由により任意継続被保険者資格を喪失する

ため任意継続保険料を返還

(資格喪失事由についていずれかにチェックしてください。)

- 就職  
 申出  
 死亡

上記の金額を請求いたします。

令和 年 月 日

住所

氏名

印

【振込先】どちらか一つをご指定ください。

フリガナ						
口座名義 <sup>※1</sup>						
以外の金融機関 ゆうちょ銀行	銀行	信用金庫	金融機関コード		預金種別 <sup>※2</sup>	
	信用組合	農 協			1. 普通(総合) 2. 当座	
	労働金庫	本店	支店	支店コード		口座番号(右づめでご記入ください)
	出張所	出張所	支所			
ゆうちょ銀行	金融機関コード	支店コード	預金種別 <sup>※2</sup>			
	9 9 0 0		1. 普通 2. 貯蓄			
	通帳の記号番号を記入してください。		記号		番号(右づめでご記入ください)	
		1	0	の		

**※1 口座名義について**

被保険者名義の口座をご記入ください。ただし、被保険者が死亡の場合は、申請者名義の口座をご記入ください。

**※2 預金種別について**

- (普通) 総合口座・通常貯金  
(貯蓄) 通常貯蓄預金