

任意継続脱退申請および保険料還付請求書

記号 - 番号	199-	被保険者氏名	
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)		
脱退事由 <small>※該当する項目にチェックを入れてください。</small>	<input type="checkbox"/> 再就職 : 健康保険の強制被保険者となった [添付書類] ① 就職先の資格情報のお知らせ(写)、資格確認書(写)、マイナポータルの健康保険証情報画面(写)、資格証明書のいずれか1つ ② 当組合が交付した『資格確認書』(全員分) <small>※当組合から資格確認書が交付された方のみ</small>		
	<input type="checkbox"/> 本人死亡 : 被保険者が死亡した [添付書類] ① 死亡診断書および戸籍謄本(写可) ② 当組合が交付した『資格確認書』(全員分) <small>※当組合から資格確認書が交付された方のみ</small>		
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療に加入 [添付書類] ① 就職先の資格情報のお知らせ(写)、資格確認書(写)、マイナポータルの健康保険証情報画面(写)、資格証明書のいずれか1つ ② 当組合が交付した『資格確認書』(該当者のみ) <small>※当組合から資格確認書が交付された方のみ</small>		
	<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者でなくなる(脱退)を希望する ※3		
上記事由により任意継続保険料の還付を請求致します。			
令和 年 月 日			
フリガナ			
氏名		印	続柄
<small>※被保険者による自署の場合は押印省略可</small>			
〒			
住所			
TEL ()			
還付金振込先 ※1 <small>(名義は請求者と同じ)</small>	金融機関コード	支店番号	支店
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協		口座番号 (普通)
資格喪失日	年 月 日	支払日	年 月 日
支払期間	年 月 ~ 年 月	標準報酬月額	千円
還付額	円(内訳) 一般	調整	介護

●太枠内のみご記入ください。

- ※1 請求者は、請求事由が本人死亡以外は被保険者となります。
- ※2 毎月15日を受付締切日とし、その月の月末に還付致します。それ以外の場合は翌月末の還付となります。
- ※3 受付日の翌月1日が資格喪失日となります。喪失証明書は住所あてに喪失日以降に発送いたしますので、同封の返信用封筒にて資格確認書の交付を受けた方は資格確認書(本証もしくは本紙)をご返却ください。

 受付日付印

常務理事	事務長		担当