

常務理事	事務長		担当

## 任意継続被保険者 資格喪失申出書 兼 保険料還付請求書

P w C 健康保険組合理事長 殿

下記の通り、任意継続被保険者の資格喪失届を提出します。  
また、資格喪失後の納付済保険料がある場合は返金をお願いします。

被保険者証の記号番号	記号	99	番号	123								
被保険者氏名	健保 太郎				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	1	年	2	月	3	日
						<input checked="" type="checkbox"/> 平成						
被保険者住所	〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇町 1-2-3 〇〇マンション 456 号室				電話	03 ( 1234 ) 5678						

喪失理由	資格喪失日	添付するもの
<input checked="" type="checkbox"/> 再就職	再就職日 令和 〇 年 〇〇月 〇〇日 新しい保険証の資格取得日 を記入ください。	◆返納被保険者証 本人分 1枚 被扶養者分 枚 ※被保険者証を滅失したときは「被保険者証滅失・毀損・再交付申請書」(HP掲載)を添付してください。 ◆就職先の被保険者証のコピー ※喪失日を確認するため必ず必要です。 (保険者番号・名称・記号番号・QRコードは要マスキング)
<input type="checkbox"/> その他	理由	◆返納被保険者証 本人分 1枚 被扶養者分 枚 ※被保険者証を滅失したときは「被保険者証滅失・毀損・再交付申請書」(HP掲載)を添付してください。

還付金振込先 ※還付金が発生した場合のみ 還付いたします。 記入が無い場合、任意継続資格取得 時に登録された口座へ還付します。	銀行コード	1	2	3	4	支店コード	5	6	7			
	〇〇〇〇				銀行 信用金庫 信用組合	×××						
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座				口座番号 (右づめ)	0	0	1	2	3	4	5
	口座名義 (カタカナ) ※被保険者名義の口座				ケンポ タロウ							

↓ ここより下 健保使用欄 (記入しないでください)

令和 年 月 日提出  
受付日付印

喪失年月日	令和 年 月 日
保険料還付額	円 (令和 年 月 ~ 令和 年 月分)
備考	