常務理事	事務長		担　当

任意継続被保険者　資格喪失届　兼　保険料還付請求書

ＰｗＣ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還付をお願いします。

令和　　年　　月　　日記入

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	☐ 昭 ☑ 平成	1 年	2 月	3 日	
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
☑ 再就職	就職日 令和　〇　年　〇　月　〇　日 （新しい「健康保険資格確認書」または「資格情報のお知らせ」資格取得年月日を記入ください。）	◆返却被保険者証　本人分　1 枚 被扶養者分　枚 ※被保険者証等を滅失したときは「被保険者証滅失・き損・再交付申請書」（ＨＰ掲載）を添付してください。 ◆就職先の ①「健康保険資格確認書」または②「資格情報のお知らせ」 ※喪失日を確認するため必要です。 （保険者番号・名称・記号番号・ＱＲコードは要マスキング） ※上記①②が交付されない場合は不要
☐ その他	理由	◆返却被保険者証　本人分　1 枚 被扶養者分　枚 ※被保険者証等を滅失したときは「被保険者証滅失・き損・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振込いたします。	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					××× 本店 支店				
記入が無い場合、任意継続資格取得時に届けでのあった口座へ振込いたします。	☑ 普　・　☐ 当	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に限る	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）

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	

ＰｗＣ健康保険組合