

# 任意継続被保険者資格喪失申出書 兼保険料還付(払戻)請求書

常務理事	事務長	担当

申出・請求日： 年 月 日

記号 90	番号	被保険者の氏名	生年月日 昭和 平成 年 月 日
住所 〒	—	電話	( )

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。  
また資格喪失後の還付(払戻)保険料がある場合は、下記の振込先へ請求します。

資格喪失年月日 (健保記入欄)	令和 年 月 日
資格喪失の事由  (いずれかを「○」で囲み、事由がア又はイの場合は再取得後の被保険者証に記載されている事項を記入し)	ア 再就職して、就職先の被保険者資格を取得したため (1) 再取得した健康保険の被保険者証の記号・番号 ( ) (2) 適用事業所の名称および所在地 名称 ( ) 所在地 ( ) (3) 保険者名称 ( ) (4) 資格取得年月日 年 月 日
	イ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため (1) 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 ( ) (2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名称 ( 後期高齢者医療広域連合) (3) 資格取得年月日 ( 年 月 日)
	ウ 被保険者が死亡したため (1) 死亡年月日 ( 年 月 日)
	エ 任意継続被保険者からの脱退を希望するため ※資格喪失日は健保組合が本申請書を受領した月の翌月1日となります。
還付金請求者	フリガナ ( 続柄： ) 氏名
還付金振込先	銀行 普通 支店 当座 信金

受付日

## 日産化学健康保険組合

### 注意事項

- 新しく加入した保険証のコピーまたは資格取得証明書を添えてご申請ください。(事由ア又はイの場合)
- 日産化学健康保険組合の被保険者証(ご本人およびご家族の方に交付した全て)をご返却ください。「限度額適用認定証」「特定疾病療養受療証」等の交付を受けている場合はそちらもご返却ください。
- 資格を喪失した月の保険料のご負担はありません。すでに納付している場合は返金いたします。ただし、資格取得した月と同じ月内に資格を喪失した場合は1ヵ月分の保険料を納める必要があります。