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	□昭和 □平成　　年　　月　　日（　　歳）		

脱退事由
※該当する項目にチェックを入れてください。

□ 再就職　：健康保険の強制被保険者となった
［添付書類］ 就職先の健康保険証（写）または資格証明書・当組合保険証（本証）

□ 本人死亡　：被保険者が死亡した
［添付書類］ 死亡診断書および戸籍謄本（写可）・当組合保険証（本証）

□ 後期高齢者医療に加入
［添付書類］ 加入先の保険証（写）または資格証明書・当組合保険証（本証）

□ 任意継続被保険者でなくなること（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 _____

※被保険者による自署の場合は押印省略可

〒　　ー

住　　所

TEL （　　）　　ー

還付金振込先 ※1
（名義は請求者と同じ）

金融機関コード	**支店番号**
□ 銀行 □ 信金 □ 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保険証をご返却ください。

受付日付印

常務理事	事務長		担当