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］ 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 該当される方は当組合保険証(本証)もしくは有効期限内の資格確認書(本証もしくは本紙) □ 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 該当される方は当組合保険証(本証)もしくは有効期限内の資格確認書(本証もしくは本紙) □ 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 該当される方は当組合保険証(本証)もしくは有効期限内の資格確認書(本証もしくは本紙) □ 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

〒　　－

住　　所

TEL（　　）　　－

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		支店
	□ 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、該当される方は、同封の返信用封筒にて保険証(本証)もしくは有効期限内の資格確認書(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