

健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書 兼 保険料還付請求書

当健康保険組合より交付の「保険証」(原本・ご家族分含む)を添付の上ご送付願います。

被保険者証	記号		被保険者氏名			
	番号		被保険者生年月日	昭和 平成	年	月 日
資格喪失理由 該当する申出理由に チェック(レ印)を してください		<input type="checkbox"/> 就職し他保健の被保険者となったため (令和 年 月 日就職) (「資格確認書コピー」「資格情報のお知らせコピー」等新しい健保へ加入した日がわかるものを添付してください) <input type="checkbox"/> 申出による脱退 (健保がこの申出書を受領した月の翌月1日付で脱退) <input type="checkbox"/> 65歳～74歳で障害認定を受けたことにより後期高齢者医療広域連合の被保険者となったため (令和 年 月 日資格取得) <input type="checkbox"/> 被保険者が死亡したため (令和 年 月 日死亡) (「埋葬許可証」または「火葬許可証」のコピーを添付してください)				
健康保険法施行規則 43 条に基づき、上記の通り資格を喪失することを申出します。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">令和 年 月 日</div> 三菱 UFJ 証券グループ健康保険組合 御中 郵便番号 _____ 住 所 _____ 氏 名 _____ 印						
還付金振込希望口座 (保険料の還付が 生じる場合のみ)		銀 行 信用金庫 信用組合	支 店 出張所	普 通 当 座		
		口座番号	フリガナ			
			口座名義			

(ここで知り得た個人情報は、当健康保険組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません)

(注意事項)

- ・ 記入はボールペンで、訂正箇所には訂正印を押印してください。
- ・ 被保険者死亡の場合、氏名欄には相続人名を記入してください。なお、別途確認書類をお願いすることがありますのでご了承ください。
- ・ 資格喪失後に保険証を使用した場合、医療費を全額返還していただくことになります。

毎月 25 日までに当健康保険組合へ到着した分につきましては、当月末にお振込					
受付年月日	年	月	日	還付決定額	円
同年月日	年	月	日	前納保険料	円
決裁年月日	年	月	日	納入月	年 月～ 年 月
資格取得日	年	月	日	資格喪失日	年 月 日