

# 健康保険特例退職被保険者 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」「高齢受給者証」(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書類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)				
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;">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		普 通	
	口座番号		出張所		当 座	
			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