

見本

任意継続被保険者 資格喪失 申出書

被保険者の記号・番号		記 号	9		番 号	保険証等をご確認ください					
被保険者氏名		被保険者本人氏名をご記入ください									
資格喪失の事由		1. 再就職による他健保加入・・・資格取得日 令和 年 月 日									
		2. 被保険者資格の喪失を希望									
		3. 被保険者の死亡・・・死亡年月日 令和 年 月 日									
※ 還付の対象となる期間		令和 年 月分から 令和 年 月分まで									
※ 還付金額		円									
還付金の振込先	金融機関	銀行・金庫 信組・農協				支店 営業所					
	コード										
	口座番号	当座 ・ 普通									
	口座名義										

任意継続被保険者の資格喪失を申出いたします。

また前納している保険料で還付が発生する場合は上記の口座へお振込ください。

☐ 資格喪失証明書の発行を希望します。

証明書の発行を希望される場合は
チェックを入れてください。

令和 年 月 日

住 所

被保険者（又は請求者）の氏 名

申出日、住所、氏名、電話番号
を

電 話 ()

山善健康保険組合 理事長 殿

- 1. ※欄は記入しないでください。
- 2. 再就職による他健保加入の場合には、新たな健康保険の記号・番号が確認できる書類を添付してください。
- 3. 被保険者の希望による喪失の場合、資格喪失日は「申出が受理された日の属する月の末日の翌日」となります。
例：3月15日申出受理→4月1日資格喪失
- 4. 被保険者の死亡による申出の場合は、還付請求は先順位の相続人よりしてください。