

担当者	GL	事務長	常務理事

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

被保険者証	記号	〇〇〇〇	被保険者氏名	健保 太郎		
	番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	被保険者生年月日	昭和 平成	〇〇年	〇〇月 〇〇日
資格喪失理由 該当項目に ☑してください	<input type="checkbox"/> 就職して他健保の被保険者となった			令和	年	月 日 就職
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となった			令和	年	月 日 該当
	<input checked="" type="checkbox"/> 任意継続被保険者からの申出(任意脱退)			令和	〇〇年	〇〇月 〇〇日 申出
添付書類 該当項目に ☑してください	1. 東レ健保の旧保険証	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 提出済			
	2. 新しい保険証のコピー (就職された場合のみ)	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 提出済			
上記のとおり資格喪失について申出します。 この申出により保険料の還付が生じる場合は、還付を請求します。						
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日						
東レ健康保険組合 御中						
郵便番号 〒〇〇〇〇-〇〇〇〇						
住所 〇〇県〇〇〇市〇〇〇1-2-3						
氏名 健保 太郎						
還付金 振込希望口座	〇〇〇〇 銀行		〇〇〇 支店		普通 当座	
	口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇		フリガナ ケンポ タロウ		口座名義 健保 太郎	

任意脱退の場合は、この申請書に保険証の添付は不要です。
当組合がこの申請書を受理した日の翌月1日が資格喪失日となりますので、その日以降にご返却下さい。

(注) 資格喪失理由が、被保険者からの申出による場合、申出を受理した日の翌月1日が資格喪失日となります。そのため、この申出書に添付書類(東レ健保の保険証)は不要です。資格喪失後にご返却下さい。なお、この申出書は脱退を希望される前月末日までには当組合に届くように提出して下さい。資格喪失証明書は速やかにお届けいたします。

★ご提出いただく書類は資格確認及び保険料還付に使用するものであり、目的以外に利用することはありません