

常務理事		係

## 任意継続被保険者 資格喪失申出書 兼 保険料還付請求書

下記理由により、任意継続被保険者の資格喪失を申出ます。  
また、資格喪失後の納付済保険料の還付がある場合は返金をお願いします。

\*資格喪失日は長野県機械金属健康保険組合にて記入します。

資格喪失年月日(和暦)	令和	年	月	日
-------------	----	---	---	---

\* もれなく正確にボールペン又はペンで記入してください。 年 月 日 記入

記号 - 番号	911 -
被保険者氏名	フリガナ
被保険者生年月日(和暦)	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
被保険者又は申出遺族住所	(〒 - )
申出遺族氏名(続柄) <small>(*被保険者の死亡の場合のみ記入)</small>	フリガナ (続柄 )
電話番号 <small>(日中必ず連絡の取れる番号)</small>	

◆還付保険料の受取り口座 \*納付済保険料の還付が生じる場合のみ、下記口座にお振り込み致します。

銀行・信金 信組・農協	本店 支店	普通・当座	(口座番号)
----------------	----------	-------	--------

- \* 被保険者本人名義の口座に限ります。なお、被保険者死亡の時は、申出者(遺族代表者)名義の口座をご記入下さい。
- \* 資格取得日と資格喪失日が同一月の場合は返金できません。

◆該当する資格喪失理由の番号に○をつけ、必要事項をご記入の上、添付書類をご用意ください。

資格喪失理由	添付書類等
1 再就職先の健康保険または船員保険を取得したため 資格取得年月日(和暦) 年 月 日 就職先の名称 _____ 所在地 _____	*新たに取得した保険証のコピー (適正な資格記録の把握のため) *任意継続の保険証(家族分も含む) *高齢受給者証・限度額認定証等
2 後期高齢者医療制度の被保険者となったため 資格取得年月日(和暦) 年 月 日	*後期高齢者医療被保険者証のコピー *任意継続の保険証(家族分も含む) *高齢受給者証・限度額認定証等
3 被保険者が死亡したため 死亡年月日(和暦) 年 月 日	*死亡日のわかる書類のコピー (死亡診断書・戸籍謄本・埋葬許可証 等) *埋葬料請求書 *任意継続の保険証(家族分も含む) *高齢受給者証・限度額認定証等
4 申出により任意継続保険の資格を喪失したため ※資格喪失日は健保組合が申出書を受理した日の翌月1日 ※原則として、申出後に取消はできません	*保険証の回収は後日 (翌月1日以降速やかに保険証等を返却)

\*万が一、保険証を紛失等してしまった場合は、「健康保険被保険者証滅失届」をホームページよりダウンロード、記入して提出してください。

### 健保使用欄

支払金額	¥		還付月間	自	年	月	至	年	月
支払日		年 月 日	一般保険料		月分			月分	
資格取得年月日		年 月 日	調整保険料						
資格喪失年月日		年 月 日	介護保険料						
標準報酬月額		千円	合計						円