

任意継続被保険者 資格喪失申請書 兼 保険料返納金請求書

被保険者の	記号	100	番号		提出日	(西暦) 年 月 日												
被保険者の 住所・氏名	〒 - (電話番号 - -) 住所 氏名 ㊟																	
喪失申請理由	※ 該当する理由に○を付して記入してください 1. 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため (1) 健康保険または船員保険の被保険者証の記号・番号 <table border="1"> <tr> <td>記号</td> <td></td> <td>番号</td> <td></td> </tr> </table> (2) 適用事業所または船舶所有者の所在地および名称 <table border="1"> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>名 称</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> (3) 資格取得年月日 (西暦) 年 月 日 ※ 新に提供された「資格情報のお知らせ」の写しを添付して下さい。 2. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため (1) 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 () (2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 (後期高齢者医療広域連合) (3) 資格取得年月日 (西暦) 年 月 日 ※ 新に提供された「資格情報のお知らせ」の写しを添付して下さい。 3. 申出により任意継続保険の資格を喪失したため ※ 翌月1日に資格喪失となります。						記号		番号		所在地				名 称			
記号		番号																
所在地																		
名 称																		
返納金 振込口座	※ 該当する理由に○を付して記入してください 1. 保険料の返納金がある場合は、届出済みの給付金等の振込指定口座への振込を希望します。 2. 保険料の返納金がある場合は、下記の口座への振込を希望します。 <table border="1"> <tr> <td>銀行名</td> <td>群馬</td> <td>銀行</td> <td>支店名</td> <td></td> <td>支店</td> <td>普通預金</td> <td>口座番号</td> <td></td> </tr> </table> (注)原則、群馬銀行の口座を指定して下さい。						銀行名	群馬	銀行	支店名		支店	普通預金	口座番号				
銀行名	群馬	銀行	支店名		支店	普通預金	口座番号											

常務理事

事務長

事務次長

担当者

受付日付印

注) 資格確認書が発行されている方は、本書類に添付して下さい。