

## 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 被保険者 喪失 申請 理由	記号	100	番号	○○○○	提出日	(西暦) yyyy 年 mm 月 dd 日							
被保険者の 住所・氏名	〒 - ( 電話番号 090-XXXX-XXXX ) 住所 前橋市XXXX 氏名 群馬 太郎 ㊞												
※ 該当する理由に○を付して記入してください	<p>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</p> <p>(1) 健康保険または船員保険の被保険者証の記号・番号 記号 ×× 番号 △△△△△△△</p> <p>(2) 適用事業所または船舶所有者の所在地および名称 所在地 XXXX 名称 ○○○○健康保険組合</p> <p>(3) 資格取得年月日 (西暦) yyy 年 mm 月 dd 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。</p>												
	就職した場合や家族の加入する健保 の被扶養者になった場合												
	<p>2. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため</p> <p>(1) 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 ( )</p> <p>(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 )</p> <p>(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。</p>												
	<p>3. 申出により任意継続保険の資格を喪失したいため ※ 翌月1日に資格喪失となります。</p>												
返 納 金 振込口座	<p>※ 該当する理由に○を付して記入してください</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <table border="1"> <tr> <td>銀行名</td> <td>群馬</td> <td>銀行</td> <td>支店名</td> <td>支店</td> <td>普通預金</td> <td>口座番号</td> </tr> </table> <p>(注)原則、群馬銀行の口座を指定して下さい。</p>						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							

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。

常務理事
事務長
事務次長
担当者