

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	〇〇〇〇	提出日	(西暦) yyyy 年 mm 月 dd 日
被保険者の 住所・氏名	〒	(電話番号 0 9 0 - ×××× - ××××)				
	住所	前橋市×××××				
	氏名	群馬 太郎 ㊟				
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					
	記号	×	×	番号	△△△△△△	
	(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	××××				
	名称	〇〇〇〇健康保険組合				
	(3) 資格取得年月日					
	(西暦) yy 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。					
	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。						
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。					
	銀行名	群馬	銀行	支店名	支店	普通預金
(注)原則、群馬銀行の口座を指定して下さい。						

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。