

## 任意継続被保険者資格喪失届（兼保険料還付請求書）

あずさ健康保険組合理事長 殿

下記の通り、任意継続被保険者の資格を喪失致したく、届出します。

被保険者 記号・番号	99-	氏 名	⑨		
住 所	〒				
連 絡 先	自宅 ( )	◆自宅・携帯番号・E-メール アドレス全てご記入ください。			
	携帯 ( )				
	E-mail @				
還付金振込先	銀行コード		支店コード		◆既に納められた保険料が還付 となる場合があります。 ◆記入が無い場合は、任意継続 資格取得時に登録された口座へ 還付します。 ◆口座名義は被保険者のものを 記入ください。なお、死亡による 資格喪失の場合は、法定相続 人の口座をご記入ください。
	フリガナ				
	銀行		支店		
	種別	口座番号			
	普・当				
	口座名義(カタカナ)				

喪失理由	資格喪失日	添付するもの
<input type="checkbox"/> 再就職	再就職日 平成 年 月 日 (新しい保険証の資格取得日 を記入ください)	◆返納被保険者証 本人分 1枚 被扶養者分 _____ 枚 ※被保険者証を滅失したときは「被保険者証滅失・毀損・再交付申請書」(HP掲載)を添付してください。 ◆就職先の被保険者証のコピー ※喪失日を確認するため必ず必要です。
<input type="checkbox"/> 死亡	死亡日の翌日 平成 年 月 日 (死亡日の翌日を記入ください)	◆返納被保険者証 本人分 1枚 被扶養者分 _____ 枚 ※被保険者証を滅失したときは「被保険者証滅・毀損・再交付失申請書」(HP掲載)を添付してください。 ◆死亡診断書等死亡日が確認できる書類のコピー
<input type="checkbox"/> その他	理由 ( )	◆返納被保険者証 本人分 1枚 被扶養者分 _____ 枚 ※被保険者証を滅失したときは「被保険者証滅・毀損・再交付失申請書」(HP掲載)を添付してください。

-----  
受付日付印

喪失年月日	※ 平成 年 月 日
保険料還付額	※ _____ 円 (平成 年 月 ~ 平成 年 月分)
備 考	※

(注) ※印の欄は、記入しないでください。