

記入例

日本トランスシティ健康保険組合理事長 殿

決		裁
常務理事	事務長	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)

(記入日) 令和 4 年 7 月 1 日

被 保 険 者 情 報	被保険者証の記号	20	番号	0000	生年月日	昭和 平成・令和 〇〇 年 〇 月 〇 日
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎			電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090(1234)5678
	住所	(〒 510 - 0011) 三重県 四日市市 〇〇町 〇丁目 〇-〇〇				

※自署の場合は、押印不要です。

下記の理由により、資格喪失することを申出いたします。

この申出により、保険料の還付が生じる場合は、お届けの口座へ還付請求いたします。

※該当の番号に✓をしてください		資格喪失年月日を記入してください
<input checked="" type="checkbox"/> 1	就職して他健保に加入したため ◇ 新しい保険証のコピーを貼付してください	令和 4 年 7 月 1 日 (新しい保険証等の資格取得年月日)
<input type="checkbox"/> 2	後期高齢者医療制度に加入したため ◇ 新しい保険証のコピーを貼付してください。高齢受給者証を返却してください。	令和 年 月 日 (後期高齢者医療制度の資格取得年月日)
<input type="checkbox"/> 3	被保険者が死亡したため ◇ 死亡診断書等証明書のコピーを添付してください。他に書類が必要になる場合もあります。	令和 年 月 日 (死亡日の翌日)
<input type="checkbox"/> 4	被保険者でなくなることを希望する <input type="checkbox"/> 国保加入 <input type="checkbox"/> その他()	令和 年 月 1 日 (申出書を健保が受理した日の翌月1日)

■資格喪失事由1、2の方
新しい保険証等のコピーを
貼付してください

【重要】資格喪失後は
日本トランスシティ健保の
保険証を必ず返却してください

【留意事項】

- ◆資格喪失した月の保険料は必要ありません。すでに保険料を納付いただいている場合は、健保へお届けの口座に返金いたします。ただし、資格取得月と資格喪失月が同じ月の場合は、1か月分の保険料が必要となりますので、保険料の返金はありません。
- ◆資格喪失事由が4の場合は、資格喪失日に注意してお申し出ください。

■資格喪失事由3の方

下記の欄に記入してください。還付金が生じた場合のみ還付いたします。

〈氏名〉 健保 花子	〈続柄〉 妻	還付金振込先	〇〇〇 銀行 労働金庫・農協 信用金庫・信用組合	預金種別	普通 ▼番号は左づめで記入
〈住所〉 〒 510-0011 三重県四日市市〇〇町〇丁目〇-〇〇			〇〇〇 本店・支店 出張所	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
〈TEL〉 090(〇〇〇〇)〇〇〇〇				店番号	〇 〇 〇 口座名義 (フリガナ) ケンポ ハナコ

〈健保記入欄〉	資格取得日	令和 年 月 日	還付期間	月 ~ 月	ヶ月
	資格喪失日	令和 年 月 日	還付日	令和 年 月 日	
	標準報酬月額	千円	還付金額	基本	円
	納付方法	1. 各月		特定	円
		1. 前納 月 ~ 月		調整	円
納付日	令和 年 月 日	介護		円	
			合計	円	