

決		裁
常務理事	事務長	係

日本トランスシティ健康保険組合理事長 殿

**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 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被保険者証の記号	20	番号	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	氏名	(フリガナ)		電話番号 (日中の連絡先)	TEL	( )		
	住所	(〒 - )						

※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しいたします。  
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
資 格 喪 失 事 由	<input type="checkbox"/> 1	就職して他健保に加入したため 令和 年 月 日 (新しい保険証等の資格取得年月日) ◇ 新しい保険証のコピーを貼付してください
	<input type="checkbox"/> 2	後期高齢者医療制度に加入したため 令和 年 月 日 (後期高齢者医療制度の資格取得年月日) ◇ 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。
	<input type="checkbox"/> 3	被保険者が死亡したため 令和 年 月 日 (死亡日の翌日) ◇ 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。
	<input type="checkbox"/> 4	被保険者でなくなることを希望する □ 国保加入 □ 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貼付欄

**【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。

限度額適用認定証、高齢受給者証を  
お持ちの方は併せて返却してください。

■ **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>	<続柄>	還 付 金 振 込 先	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> 〒				本店・支店 出張所	口座番号					
<TEL> ( )					店番号	口座名義 (フリガナ)				

<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		