

日本トランスシティ健康保険組合理事長 殿

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 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被保険者等	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	(〒 -)									

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。

資 格 喪 失 事 由	※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	
	□1	就職して勤務先の健保に加入したため	令和 年 月 日 (新しい健康保険の資格取得年月日)	
		◇新しく加入した健康保険の資格取得日がわかる書類(コピー)を添付してください。		
	□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)	
		◇後期高齢者医療制度の資格取得日がわかる書類(コピー)を添付してください。		
□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。			
□4	被保険者でなくなることを希望する □国保加入 □家族の扶養 □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)		
	◇希望する喪失日の前月末必着で提出してください。			
資格喪失証明書の発行		□1 希望する □2 希望しない		

※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	<フリガナ>		<続柄>	金融機関名	銀行・労働金庫・農協 信用金庫・信用組合		口座名義 (フリガナ)		
住 所	(〒 -)			本店・支店 出張所	預金種別	普通 ▼番号は左づめで記入			
	<TEL> ()				口座番号				

★資格喪失後はご家族分も含めて、下記の証書を(交付を受けている場合)必ず返却してください。
□資格確認書 □高齢受給者証 □限度額適用認定書 □特定疾病療養受療証

健 保 記 入 欄	資格取得日	令和 年 月 日	還付期間	月 ~ 月	ヶ月	受 付 印
	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	各 月		特定	円	
		前 納 月 ~ 月		調整	円	
	納 付 日	令和 年 月 日		介護	円	
		合計	円			