

※健保組合記入欄	受付年月日	平成 年 月 日	決裁年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	係	
	保険料還付決定額	円 内 介護保険料 円						
	納付方法	1. 月払 2. 半期前納 3. 全期前納						
	算定基礎 未経過保険料	1. 有 (年 月 ~ 年 月 月分)					2. 無	
	資格喪失月還付額	一般	円	調整	円	介護	円	合計 円
	未経過月還付額	一般	円	調整	円	介護	円	合計 円
備考								

任意継続被保険者 資格喪失請求書

公文健康保険組合 理事長 様

申請年月日 平成 年 月 日

被保険者（申請者）記入欄	保険証の記号番号	被保険者氏名		被保険者の住所等			
	2 0 1 -	印		〒			
	喪失年月日	平成 年 月 日		喪失理由	1. 就職 2. 後期高齢者医療制度に(65歳~74歳)で加入 3. 死亡		
	振込先	銀行名	支店名	種別	口座番号		口座名義(カナ氏名)
				1. 当座 2. 普通			
	※被保険者が死亡により請求者が被保険者でない場合、申請者(法定相続人)に関する記載事項						
	氏 名		被保険者との続柄		住 所 等		
	印				〒		
					TEL () -		

添付書類	全 員	<input type="checkbox"/>	公文健康保険組合が交付している被保険者証 * 家族分も交付している場合は全員分 * 高齢受給者証・限度額適用認定証を交付している場合はすべて * 被保険者証を紛失した場合は「紛失届」を提出してください
	喪失理由が就職の場合	<input type="checkbox"/>	就職先の健康保険証の写
	喪失理由が後期高齢者医療制度へ加入の場合	<input type="checkbox"/>	後期高齢者医療の被保険者証の写
	喪失理由が死亡の場合	<input type="checkbox"/>	死亡を証明する書類及び被保険者との続柄を証明する書類 但し、他保険給付請求等の添付書類と重複する場合は不要

記入方法等	<ul style="list-style-type: none"> 喪失年月日は就職の場合は就職した日、後期高齢者医療制度の被保険者になった場合は資格取得日、死亡した場合は亡くなった日の翌日を記入する 振込先は被保険者本人が請求する場合は、被保険者本人名義の口座を記入する 被保険者死亡により法定相続人が申請する場合は、申請者名義の口座を記入する ※ 口座名義の欄はカタカナで氏名を記入してください
-------	---

注意	本申請書は任意継続被保険者の資格を喪失する際に保険料の還付が発生する場合のみご使用ください。 保険料の還付が発生しない場合は「健康保険任意継続被保険者 資格喪失申出書」を作成してください。
----	---