健保記入欄	
受付年月日	令和　年　月　日
伺年月日	令和　年　月　日
決裁年月日	令和　年　月　日
還付決定額	円
前納保険料	円
前納納入月	年　月分～　年　月分
任継資格取得	年　月　日
任継資格喪失	年　月　日

常務理事	事務長	係	係

健康保険任意継続被保険者資格喪失申請書　兼　保険料還付請求書

（記入上の注意）

1．⑥、⑦、⑪は該当する文字を○で囲んで下さい。

2．⑬には、請求者が相続人であるときは、被保険者であった者との関係を記入して下さい。

被保険者が死亡したため、相続人が前納保険料の還付を請求するときは次の書類を添えて下さい。

イ被保険者であった者の死亡を明らかにすることができる書類。

ロ先順位の相続人であることを明らかにすることができる書類。

3．被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、記号・番号欄へ記載して下さい。

（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

被保険者欄				
①記号・番号				
②氏名		③生年月日	年　月　日	
④住所	〒			
⑤資格喪失年月日	令和　年　月　日			
⑥喪失原因	1 他の健康保険等の被保険者資格を取得したため 2 死亡したため 3 75歳到達のため（後期高齢者医療制度加入のため） 4 任意継続被保険者の資格喪失を希望するため			
⑦資格確認書回収区分	1　添付　　2　返不能			

還付請求者欄							
ふりがな				⑨生年月日	年　月　日		
⑧氏名							
⑩住所	〒						
⑪還付金の振込みを希望するところ	銀行 金庫 組合	本店 支店				口座番号	普通 ・ 当座
	ゆうちょ　銀行	店名		預金種目		口座番号	
⑫還付理由（具体的に）							
⑬備考							

上記のとおり申請します。

受付日付印

令和　年　月　日 提出

大平洋金属健康保険組合理事長 殿

（R6.11）