

健康保険記入欄	
受付年月日	令和 年 月 日
同年月日	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

見本

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)

3 被保険者等記号番号に代えて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ので、
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ときの関係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ときの関係の書類を記入して下さい。
2 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。
1 ③、⑥、⑦、⑩は該当する文字を○で囲んで下さい。
① 新たに加入した保険の資格取得年月日と同じ日

被保険者欄	①記号・番号	123 - 45	③生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
	②氏名	大平 健太	④住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都豊島区駒込〇-〇-〇
	⑤資格喪失年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	⑥喪失原因	① ② ③ ④ 1 ① ② ③ ④ 1 ① ② ③ ④ 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	⑧氏名	おおひら けんた

還付請求者欄	⑧氏名	大平 健太	⑨生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
	⑩住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都豊島区駒込〇-〇-〇	⑪還付金の振込みを希望するところ	〇〇 銀行 〇〇 本店 口座番号 普通 1234567 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿
	⑫還付理由(具体的に)	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日付で就職したため	⑬備考	
	⑭備考		⑮備考	

上記のとおり申請します。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 提出

大平洋金属健康保険組合理事長 殿

受付日付印