記　入　例

２０２３年 4月 10日

センコー健康保険組合　殿

健康保険 任意継続被保険者資格喪失届 兼 保険料還付請求書

以下の通り、任意継続被保険者資格を喪失いたします。

記

任意継続被保険者証 記号 20　　**番号** 00000	**資格喪失理由** ※該当番号を「○」で囲んでください。
被保険者氏名 佐藤　一郎	1. 就職により他健康保険組合の被保険者資格を取得したため
被扶養者氏名	2. 任意継続被保険者資格を取得後、2 年を経過したため
	3. 後期高齢者医療広域連合へ加入するため
住所　〒123-4567 東京都西区山中 8765 TEL：030-1234-5678 （日中に連絡がとれる番号を記入ください。）	4. その他（　　） この枠内は必ず記入してください

また、すでに納付済みの保険料を下記事由により還付申請いたします。

還付申請事由 ※該当番号を「○」で囲んでください。	1.就職により他健康保険組合の被保険者資格を取得したため。 2.その他（　　） 還付請求となる場合、記入してください

【 添付書類 】

① 被保険者証

・被保険者（ご本人）及び被扶養者（ご家族）、全て返却をお願いいたします。

※限度額認定証や高齢受給者証、その他全て回収いたします。

② 新たに交付された被保険者証のコピー

・資格取得日を確認後、任意継続資格喪失の手続きを行うため必ずご提出ください。

〔 健保使用欄 〕

返金期間	～	返金日	
返金額	円	証回収日	年　月　日

受付日

常務理事	事務長	担 当	担 当