受付年月日	令和　　年　　月　　日	決　議　書			
資格喪失日	令和　　年　　月　　日	常務理事印	事務長印	担当者印	資格確認印
返金	□ 有　□ 無				
還付金額	円				

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書 兼 保険料還付請求書

被保険者情報	被保険者等の	記号	5	番号		記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	
	氏名					生年月日	□昭和 □平成　　年　　月　　日
	住所	〒　　－				電話番号（日中の連絡先）	（　　）
申出者（請求者）情報 ※被保険者と同一の場合、同上とご記入ください							
	氏名					電話番号（日中の連絡先）	（　　）
	住所	〒　　－					

下記理由により、任意継続被保険者の資格喪失を申出します。

また、すでに納付済みの保険料が過納となっている場合は、下記の口座へ振込みをお願いいたします。

	資格を喪失する理由（該当の項目に☑をしてください	資格喪失年月日を記入してください	添付書類
□	就職により他の健康保険の資格を取得したため	令和　　年　　月　　日（資格情報のお知らせか資格確認書の資格取得年月日）	就職先で取得した資格情報のお知らせか資格確認書のコピー
□	65～74歳で後期高齢者の認定を受けたため	令和　　年　　月　　日（後期高齢者制度の資格情報のお知らせか資格確認書の資格取得年月日）	後期高齢者医療制度の資格情報のお知らせか資格確認書のコピー
□	任意継続被保険者でなくなることを希望します	令和　　年　　月　　日（申出書を当健保が受理した日の翌月1日）	
□	被保険者死亡のため	令和　　年　　月　　日（死亡年月日）	①死亡を明らかにできる書類 ②請求者が先順位の相続人であることが明らかにできる書類

喪失理由に関わらず、エクセディ健康保険組合の保険証（ご家族分含む）をお持ちの方は必ずご返却ください。エクセディ健康保険組合の保険証（ご家族分含む）をお持ちでない方は資格確認書をご返却ください。

※高齢受給者証・限度額適用認定証・特定疾病療養受療証等をお持ちの方は併せてご返却ください。

口座情報	金融機関名	支店名	口座名義	
			フリガナ	
	口座番号	ご注意！	公金受取口座	
	□普通　□当座	任意継続被保険の資格取得月と資格喪失月が同月の場合、還付はありません。	マイナーポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合は右記に☑してください	□

【お問い合わせ先及び送付先】
〒572-8570
大阪府寝屋川市木田元宮1丁目1番1号
エクセディ健康保険組合
TEL:072-824-4281 FAX:072-822-1158 メール:kenpo@exedy.com

※当組合へのFAX送信の際は、くれぐれも番号のお間違いございませんようお願いいたします。

受付日付印