

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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	保険証の	記号	5	番号		生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	
	氏名					電話番号 (日中の連絡先)	()				
	住所	〒 -									

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
<input type="checkbox"/>	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 (新しい保険証の資格取得年月日)	就職先で取得した保 険証のコピー
<input type="checkbox"/>	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取得年月日)	後期高齢者医療制度 の保険証のコピー
<input type="checkbox"/>	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)	/
<input type="checkbox"/>	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)は必ずご返却ください。

※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
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へご記入ください (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)	備考欄	
---	-----	--

【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