

受付年月日	令和 年 月 日	決議書				
資格喪失日	令和	ご自分の健康保険証上部に記載されている番号欄の数字を記入してください。	事印	事務長印	担当者印	資格確認印
返金						
還付金額						

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	〇〇〇〇	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 〇〇年〇〇月〇〇日 <input type="checkbox"/> 平成
	氏名	健康 太郎			電話番号 (日中の連絡先)	0123 (45) 6789
	住所	〒111-1112 大阪市大阪区大阪町1丁目2番3号				
情報 ※被保険者と同一の場合、同上とご記入ください						
該当する項目に☑をして、資格喪失年月日も記入してください。			同上	電話番号 (日中の連絡先)	()	

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 checked="" type="checkbox"/> 就職により他の健康保険の資格を取得したため	令和〇〇年〇〇月〇〇日 (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	
	〇〇銀行	〇〇支店	フリガナ ケンコウ タロウ	
	口座番号	ご注意!	公金受取口座	
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 1234567	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