

常務理事	事務長	担当者

任意継続・特例退職被保険者資格喪失届（兼）保険料還付請求書

任意継続・特例退職被保険者の資格を喪失しましたので、被保険者証又は資格確認書を添えて届出します。なお、納付済保険料のうち還付金があれば、下記の口座に振り込んでください。

※任意脱退の方は喪失届（兼）還付請求書のみ先に送付下さい。届出日 令和 年 月 日

被保険者等	記号	番号								
被保険者氏名	*喪失理由2.の場合は押印不要									
生年月日	昭和・平成・令和			年		月		日		
住 所	〒 電話 ()									
資格喪失事由	1. 再就職し他健康保険の被保険者資格を取得したため 新たに加えた資格情報のお知らせ又は資格確認書のコピーを添付ください。 他健保に加入した日 令和 年 月 日 2. 任意脱退のため 申出日 令和 年 月 日 ※資格喪失日は届け出を受理した日の属する月の翌1日となりますので予めご了承ください。 ※資格喪失日の遡及は出来かねます。 3. 後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の被保険者となったため （65歳以上、75歳未満で後期高齢者医療制度に該当された方） 後期高齢者医療の資格情報のお知らせ又は資格確認書のコピーを添付してください。 後期高齢者医療の資格取得年月日 令和 年 月 日 4. 海外居住のため（特例退職被保険者のみ） 住民票除籍謄本等、日本に居住されないことが分かる書類を提出してください。 転出日 令和 年 月 日 5. 死亡のため 死亡日 令和 年 月 日									
* 該当番号を○印で囲んでください										
資格喪失証明書	交付希望 ・ 交付不要 ※どちらかを選択してください									
還付金振込先口座 (資格喪失事由5以外)	銀行・信金 信組・農協		普通 ・ 当座							
	本店・支店									
返納被保険者証 又は資格確認書	本人分1枚					被扶養者分 _____ 枚				

* 以下は、5. 死亡のための場合のみご記入ください。

申請者氏名			被保険者との続柄	
住 所	〒 電話 ()			