

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支給決定伺

受付	登録	決裁令和年月日			
		常務理事	事務長	関係者	担当

被保険者証	記号	9000	被保険者氏名		
	番号		生年月日	昭和 平成	年 月 日
住所	〒 - 電話番号 ()				
資格喪失の事由および資格喪失日 1～4のいずれかに ○を記し、資格喪失日をご記入ください。	1 再就職等により健康保険の被保険者資格を取得したため 資格喪失日 年 月 日（就職先等で新たに健康保険に加入した日）				
	2 申出により任意継続被保険者資格を喪失するため （国民健康保険への加入、被扶養者（家族）としての加入） 資格喪失日 年 月 日（健康保険組合が本申出を受領した日の翌月1日）				
	3 後期高齢者医療制度の被保険者となったため 資格喪失日 年 月 日（後期高齢者医療制度の資格取得日）				
	4 被保険者が死亡したため 資格喪失日 年 月 日（死亡した日の翌日）				
上記の事由に該当するため、資格喪失の申出をいたします。 令和 年 月 日 中部電力健康保険組合 常務理事 殿 フリガナ 氏 名					

- ・太枠内をすべて記入ください。
- ・この申出書に以下のものを添付して提出ください。（お持ちの方のみ）
○中部電力健康保険組合の「資格確認書」「高齢受給者証」「限度額認定証」
注）ご家族分についてもお持ちの場合は全てご返却ください
- ・保険料の還付がある場合、任意継続加入時に届出いただいた銀行口座へ2か月以内に還付します。
通帳等にて金額をご確認いただきますようお願いいたします。
（お振込みの通知は実施いたしませんので予めご了承ください。）

（健保使用欄）

還付金	あり ・ なし	回収	あり (/) ・ なし
適用標準報酬月額	千円		一般保険料 円
支払期間	1.前納12か月 2.前納 6か月 3.毎月支払い	調整保険料	円
支払方法	1.銀行口座振替 2.コンビニ払い	介護保険料	円
還付対象 期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	子ども子育て	円
	か月分	還付額	円
還付日	令和 年 月 日		