

	常務理事	事務長	課長	担当者
決裁				

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
 特例退職被保険者

被保険者証	記号		被保険者氏名					
	番号		被保険者生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日				
資格喪失理由 (該当する番号へ、 ○を付けて下さい)	① 就職し他保険の被保険者となったため (令和 年 月 日就職) (新しい保険証のコピーを添付してください) ② 65歳～74歳で障害認定を受けたことにより後期高齢者医療広域連合の 被保険者となったため (令和 年 月 日資格取得) ③ 被保険者が死亡したため (令和 年 月 日死亡) ④ 資格喪失したため (健康保険組合がこの届出を受理した日の翌月1日資格喪失)							
上記のとおり資格を喪失したことを申出します。 この申出により保険料の還付が生じる場合は、還付を請求します。 また、資格喪失日以降に貴保険組合の保険証を誤って利用して医療機関を受診した場合は、貴保険組合に対し医療費の返還義務があることを認識し、貴保険組合からの返還請求に応じます。								
令和 年 月 日								
日本ユニシス健康保険組合 御中								
郵便番号 _____								
住 所 _____								
氏名・印 _____ ㊟								
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;">確認欄</td> <td>自署の場合は捺印を省略できます。その際、この届出は被保険者が作成したものであることの証明のため、左の確認欄へチェックを入れてください。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>					確認欄	自署の場合は捺印を省略できます。その際、この届出は被保険者が作成したものであることの証明のため、左の確認欄へチェックを入れてください。	<input type="checkbox"/>	
確認欄	自署の場合は捺印を省略できます。その際、この届出は被保険者が作成したものであることの証明のため、左の確認欄へチェックを入れてください。							
<input type="checkbox"/>								
・理由③かつ保険料還付が生じる場合 →還付金振込希望口座を記入 ・その他の理由の場合 →記入不要	銀行	支店	普通・当座					
	口座番号	フリガナ	口座名義					

(ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません)

(請求上の注意)

- ・被保険者死亡の場合、氏名欄には相続人を記入してください。なお、別途確認書類をお願いすることがあります。
- ・資格喪失理由①～③の場合、本申請書と共に保険証をご返却下さい。
- ・資格喪失理由④の場合、本申請書の提出月翌月1日に保険証をご返却ください。