

|            |       |
|------------|-------|
| ※健保記入欄     |       |
| 資格喪失日      | 保険料還付 |
| <b>記入例</b> |       |

|        |     |   |
|--------|-----|---|
| ※健保記入欄 |     |   |
| 常務理事   | 事務長 | 係 |
|        |     |   |

任意継続被保険者  
特例退職被保険者 **資格喪失申出書 兼 健康保険料 還付請求書**

提出日 令和 4 年 4 月 20 日

※ 鉛筆や消せるボールペンで記入されたものは受付できません

| 被保険者証の |       | 被保険者氏名 (フリガナ) | 性別 | 生 年 月 日          |
|--------|-------|---------------|----|------------------|
| 記号     | 番号    | ケンポ タロウ       | 男  | 昭和 40 年 6 月 10 日 |
| 1999   | 12345 | 健保 太郎         | 女  | 平成               |

| 任継                       | 特例                       | 資格喪失事由 ※該当事由に☑                                    |  |
|--------------------------|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 就職したため  | 資格取得日 : 令和 年 月 日                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 被保険者が死亡したため                                       | 死亡日 : 令和 年 月 日                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 後期高齢者医療制度の被保険者となったため (65歳以上で後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた) | 資格取得日 : 令和 年 月 日                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 被保険者が海外に移住するようになったため ※特例退職加入者のみ                   | 住民票転出日: 令和 年 月 日                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 家族の健康保険の被扶養者となったため ※特例退職加入者のみ                     | 資格取得日 : 令和 年 月 日                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 保険料未納のため  | 資格喪失日 : 納付期限日の翌日                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | その他 ( )   | 資格喪失日 : 申請書類を受理した月の翌月1日<br>(例) 1/20に受理した場合、資格喪失日は2/1 |

|  |   |              |           |         |   |        |       |  |  |  |   |
|--|---|--------------|-----------|---------|---|--------|-------|--|--|--|---|
| 金融機関名                                  |   | 本・支店名        |           | フリガナ    |   |        |       |  |  |  |   |
| 〇〇 銀行・農協 信金・信組 労金                      |   | △△ 本店 支店 出張所 |           | ケンポ タロウ |   |        |       |  |  |  |   |
| 金融機関番号                                 |   | 店舗番号         | 口座番号 *右づめ |         |   | 口座 名 義 |       |  |  |  |   |
| 0                                      | 1 | 2            | 3         | 4       | 5 |        | 6     |  |  |  |   |
| 通帳記号                                   |   | 通帳番号         |           |         |   |        |       |  |  |  |   |
| 1                                      |   |              | 0         |         |   |        |       |  |  |  | 1 |
| ※預金通帳の表紙裏(記号・番号が印字されている面)のコピーを添付してください |   |              |           |         |   |        | 健保 太郎 |  |  |  |   |

該当事由に☑、事由発生日を記入してください

※資格喪失月以降の保険料納付がない場合は記入不要

上記の事由により、資格喪失の申出をいたします。

〒 123 - 4567

住所 埼玉県〇〇市\*\*1-2

氏名 健保 太郎

健保 印

電話番号 090 - 1234 - 5678

被保険者の死亡による申出の場合は、申請者名義の口座を記入してください

※被保険者の自筆でない場合は自署サインまたは捺印が必要です  
 ※就職、後期高齢者医療制度加入、家族の健康保険加入による資格喪失  
 ※特例退職加入者のみ、海外移住または家族の健康保険加入による資格喪失  
 ※被保険者の死亡による資格喪失の場合は、次の書類を添付してください

- ・権利継承届兼誓約書
- ・死亡診断書の写し
- ・申請者が被扶養者でない場合は法定相続人であることを証明する書類(戸籍全部事項証明書等)

※ゆうちょ銀行を選択された方は、預金通帳の表紙裏のコピーを添付してください

※資格喪失月以降の保険料納付がない場合は還付はありません

被保険者の死亡による申出の場合は、申請者の住所・電話番号・氏名・捺印またはサインを記入してください

《申請ルート》 任意継続・特例退職被保険者 → 健康保険組合

ホンダ健康保険組合

|       |       |
|-------|-------|
| 決済日付印 | 受付日付印 |
|       |       |