

健保捺印欄			
常務理事	事務長	室長	担当者
記入例			

トヨタ販売連合健康保険組合 御中

任意継続被保険者の喪失申出書及び過誤納保険料還付請求書

太枠内のみご記入ください

被保険者氏名	健保 太郎		保険証 記号番号※	990 — 10000	
		生年月日	昭・平 55 年 1 月 1 日		
資格喪失事由 喪失事由を選択 のうえ□に✓と 資格喪失日を ご記入ください ※添付書類①②を 同封のうえ、 健保組合に ご郵送ください	<input checked="" type="checkbox"/> 就職	資格喪失日 (再就職日)	令和 3 年 11 月 1 日		
		添付書類	①当組合の保険証(紛失の場合は滅失届) ②就職先の保険証のコピー		
	<input type="checkbox"/> 死亡	資格喪失日 (死亡日の翌日)	令和 年 月 日		
		添付書類	①当組合の保険証(紛失の場合は滅失届) ②死亡診断書等のコピー(死亡日が分かる書類)		
	<input type="checkbox"/> 任意喪失 (国保加入・ 被扶養者切替他)	資格喪失日 (申出日の翌月1日)	令和 年 月 日		
		保険証	資格喪失日以降に返却		
還付保険料 振込先口座 (原則、被保険者名義)	か ○○○○	か ○○○○	名義	か ケンボ 太郎ウ	
	○ ○	銀行 信用金庫 農 協	支店	健保 太郎	
	金融機関コード	支店コード	預金種別	口座番号(右詰め)	
	1 2 3 4 5 6 7	5 6 7	普通 ・当座・貯蓄	1 2 3 4 5 6 7	
上記のとおり、任意継続被保険者の資格喪失を申し出ます。 なお、保険料の還付が生じる場合は上記口座(未記入の場合は、加入時に登録した給付金の振込口座)に還付を 請求します。					
令和 3 年 11 月 15 日					
〒 123-4567					
申請者: 健保 太郎			住所: 名古屋市東区0001-2-3		
被保険者との続柄(本人以外の場合): 本人			TEL: (052) 123 — 4567		

※個人番号の記載可

【↓健保組合記入欄のため、記入しないでください】

納付方法	各 月	自動引落	前 納	還 付 日			
還付金額	一般 (1-1-1)	基本	}	証回収日	添付	滅失	受 付 印
		特定					
	調整 (2-1-1)		健				
	介護 (1-1-1)		介				
	合 計			円			

保険証を当組合に返送していただく際のお願い

保険証は、医療機関等で受診する際に健康保険を受けられる資格を証明するものですが、身分証明等にも利用されます。当組合に保険証のご返却をしていただく際は、個人情報保護の徹底や安全性の向上を図るため、保険証に大きく「無効」と記載してご返送下さいますようお願い致します。

なお、簡易書留でのご返送をおすすめします。

返送先：〒461-0001 名古屋市東区泉1丁目23-36NBN泉ビル3F
トヨタ販売連合健康保険組合