

資 格 喪 失 日
令和 年 月 日

常務理事	事務長	担当責任者	係長・主任	係

任意脱退による資格喪失申出書及び健康保険料還付・払戻し請求書

任意継続被保険者でなくなることについて希望します。

任意継続被保険者資格喪失日について、この申出が受理された日の属する月の末日が到来するに至った日の翌日となることを承諾します。

前納した保険料の返還が生じる場合は、下記の振込先口座へ振り込みいただくよう請求します。

この申出が受理された後、申出の取消しまたは資格喪失日の変更ができないことを承諾します。

申出者情報

記 入 日	令和 年 月 日
被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	99 -
申 出 者 氏 名	印
住 所	〒 -
電 話 番 号	自宅 () - 携帯 () -

【健康保険組合記入欄】

振込先口座(任意継続申請時の口座)

銀 行 ・ 組 合 信用金庫 ・ 農 協		本 店 ・ 支 店 出 張 所							
普 通 ・ 当 座	口 座 番 号								
預 金 者 名 (カ ナ)									

納 付 分	円	月分～	月分
経 過 分	円	月分～	月分
還 付 ・ 払 い 戻 し 請 求 金 額	円		

受付印