

令和 年 月 日提出

スズキ健康保険組合 御中

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

現在、スズキ健康保険組合の任意継続被保険者ですが、下記の理由により任意継続被保険者でなくなることの申出をします。

記

1. 資格喪失申出理由

該当する□に✓し資格喪失の申出をします。

申出喪失(裏面の記入・確認もお願いします)

1. 喪失希望月：  年  月 1日

2. 喪失希望理由：該当する内容に○をつけてください。

【・国民健康保険に加入 ・ ご家族の社会保険の扶養になる

その他( )】

※資格がなくなることを希望する月の前月までに、余裕をもってご提出ください。

郵便事情や当健保のお休みなども、大変お手数ですがご考慮をお願いします。

就職による健保取得(裏面の記入・確認もお願いします)

再取得後の健康保険の資格情報のお知らせの記号番号	記号 番号
適用事業所の名称	
資格取得年月日	令和 年 月 日

高齢者医療(障害) (裏面の記入・確認もお願いします)

後期高齢者医療の被保険者等の被保険者番号	記号 番号
都道府県後期高齢者医療広域連合の名称	( )後期高齢者医療広域連合
資格取得年月日	令和 年 月 日

※裏面に続きます。

## 2. 被保険者情報

被保険者等 記号番号	91 —	電話番号 (日中の連絡先)	
被保険者の 氏名			
被保険者の 住所	〒		

## 3. 指定口座(被保険者名義のもの。お戻りする保険料がある場合は指定口座に振り込みますので、 申出喪失以外は必ずご記入願います。)

振込先 (ゆうちょ銀行以外)	(銀行・信用金庫・農協)		
支店・支所	支店・支所		
種別	普通 ・ 当座	口座番号	

## 4. 送付物

- 1) 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(こちらの書類)
- 2) 新たに加わされた健保組合の資格情報のお知らせのコピー(申出喪失の場合は不要です)
- 3) 当健保組合の保険証・資格確認書をお持ちの場合  
(申出喪失は資格喪失日以降に送付ください。家族分・高齢受給者証・限度額認定証など含む。)

※保険証に切り込みを入れ普通郵便でご送付願います。

## 5. 返送先

〒432-8062 静岡県浜松市中央区増楽町 20 番地  
スズキ健康保険組合 任意継続担当 宛

健保記 入欄	保険証回収	給付履歴	還付保険料	資格喪失日		保険料払戻日		
	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	年	月	日	年	月
	受 付 印			担 当		事務長	常務理事	