

こちらの用紙は、任意継続期間中は大切に保管願います

②申出喪失用

令和 年 月 日提出

スズキ健康保険組合 御中

被保険者証 記号 91 番号 _____

被保険者氏名 _____

「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」

私は、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1. の喪失希望月より、任意継続被保険者の資格がなくなることを希望します。

記

1. 喪失希望月 : 年 月 1日

2. 喪失希望理由 : 【 ・ 国民健康保険に加入 ・ ご家族の社会保険の被扶養者になる 】
※該当する一方に○を付けてください。

3. 指定口座 (還付される保険料がある場合は指定口座に振り込みますので、必ずご記入願います)

振込先 (郵便局以外)	(銀行・信用金庫・農協)		支店・支所
種 別	普通・当座	口座番号	
口座名義 (被保険者のもの)	(フリガナ)		

4. その他

この申出書は、任意継続被保険者の資格がなくなることを希望する月の前月までに、スズキ健康保険組合に到着していただきますよう、郵送の日数やスズキ健康保険組合の休日を考慮いただき、余裕をもって提出をお願いいたします。

健 保 記 入 欄	還付保険料 有・無	保険証回収 有・無	資格喪失日 年 月 日	担 当	事 務 長	常務理事	受付印
	還付金支払日 年 月 日	給付履歴 有・無					

こちらの用紙は、任意継続期間中は大切に保管願います

③④他の健康保険証取得用

任意継続を脱退する場合の手続きについて（ご案内）

次の③もしくは④に該当された方は、「任意継続被保険者資格喪失申出書 兼 保険料還付請求書」をご記入の上、スズキ健康保険組合宛ご提出願います。

③健保取得：働かれて勤務先から保険証が発行されたとき。（国民健康保険は対象外です）

④高齢者医療（障害）：65歳以上75歳未満の方で、政令で定める障害の状態にある旨、広域連合の認定をうけて後期高齢者医療制度の被保険者になったとき

尚、ご提出にあたり、スズキ健康保険組合が発行した被保険者証（家族分を含む）の原本（高齢受給者証や限度額適用認定証などの交付を受けている場合は全て）と、新たに加入された被保険者証のコピーを添付願います。※スズキ健康保険組合が発行した被保険者証に切込みを入れ普通郵便でご送付願います。

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

スズキ健康保険組合 御中

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号番号	91-	生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	被保険者の 氏名		電話番号 (日中の連絡先)		()		
	被保険者の 住所	〒	-					
	資格喪失事由	該当する資格喪失事由の <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を付け、該当項目をご記入ください。						
		<input type="checkbox"/> ③健康保険の被保険者資格を取得したため						
		再取得後の健康保険の 被保険者証の記号番号	記号	番号				
		適用事業所の名称						
		資格取得年月日	令和	年	月	日		
		<input type="checkbox"/> ④後期高齢者医療制度の被保険者となったため						
		後期高齢者医療の被保 険者証の被保険者番号	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				

指定口座(還付される保険料がある場合は指定口座に振り込みますので、必ずご記入願います)

振込先 (郵便局以外で)	銀行・信用金庫・農協		支店・支所	普通・当座
口座番号		口座名義(被保険者のもの)		フリガナ

健 保 記 入 欄	還付保険料 有・無	保険証回収 有・無	資格喪失日 年 月 日	担 当	事 務 長	常務理事	受付印
	還付金支払日 年 月 日	給付履歴 有・無					

