

こちらの用紙は、任意継続期間中は大切に保管願います

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(裏面の記入もお願いします)

| | |
|----------------------|----------|
| 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 |

高齢者医療(障害) (裏面の記入もお願いします)

| | |
|----------------------|----------------|
| 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 |

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. 被保険者情報

| | | | |
|---------------|------|------------------|--|
| 被保険者証 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(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、必ずご記入願います。)

| | | | |
|-------------------|--------------|------|--|
| 振込先 | (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 | |
| 口座名義 (被保険者のもの) | (フリガナ) | | |

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) 新たに加入された被保険者証のコピー(申出喪失の場合は不要です)
- 3) スズキ健康保険組合の保険証原本(申出喪失の方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 静岡県浜松市南区増楽町 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 | 保険料支払日 | 資格喪失日 |
| | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | 担 当 | 事務長 | 常務理事 | 受付印 | |