

任意継続被保険者

資格喪失届 兼 保険料還付請求書

健康保険組合			
常務理事	事務長	GL	担当者

《届出先》 〒250-0001 神奈川県小田原市扇町2-12-1
富士フィルムグループ健康保険組合 任継担当宛

健康保険被保険者証に記載されている
「記号」と「番号」をご記入ください

* 太枠内を楷書で明確に記入してください。

被保険者証		被保険者氏名	被保険者生年月日	
記号	番号		昭和	平成
999*	9876	健保 富士雄	昭和	45年 6月 7日
(番号に○をつけてください)		資格喪失理由	添付書類	
1	就職し他健保の被保険者となったため	資格喪失理由の発生日を記入してください 資格取得日：平成・令和 3年 10月 1日	健康保険証」または「資格取得証明書（通知）」のコピー ②当健保発行の「健康保険証」（被扶養者分も含む） ③該当の方は「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受領証」	
2	65歳以上で障害認定を受けたことにより、後期高齢者医療広域連合の被保険者になったため	資格取得日：平成・令和 年 月 日	①新しい保険証のコピー ②当健保発行の「健康保険証」（被扶養者分も含む） ③該当の方は「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受領証」	
3	死亡したため	死亡日：平成・令和 年 月 日	①「埋葬料請求書」 ②当健保発行の「健康保険証」（被扶養者分も含む） ③該当の方は「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受領証」	
資格喪失証明書の交付： <input type="checkbox"/> 必要（必要な場合は□に✓を入れてください）				
上記理由により任意継続被保険者の資格を喪失した事を届出ます。 この届出により、納付済み保険料に還付が生じる場合は、還付を請求いたします。 ※ 資格喪失届を送付する際は、返納する健保証（該当の方はその他の各種証も含む） および 添付書類を同封しているか、必ずご確認ください。 令和 3年 10月 9日 富士フィルムグループ健康保険組合 理事長殿 被保険者 住所 神奈川県西足柄市大沼5-4-3 (本人死亡時は申請者) 氏名 健保 富士雄				
【保険料の還付が発生する場合】 ※ 資格喪失理由が 1・2 の場合、任意継続加入時に登録した口座へ振込みます。 ※ 資格喪失理由が 3 の場合、埋葬料請求書に記入された口座へ振込みます。				
資格喪失年月日(健保にて記入)		平成・令和 年 月 日		