健康保険組合		
ＧＬ	担当者	担当者

任意継続被保険者

資格喪失届 兼 保険料還付請求書

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

＊太枠内を楷書で明確に記入してください。

被保険者等 記号	被保険者等 番号	被保険者氏名	被保険者生年月日
			昭和 平成　　年　月　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 資格取得日：平成・令和　年　月　日	①新しく加入した健康保険の資格取得日が分かる書類のコピー （例）「資格情報のお知らせ」 「資格確認書」 「マイナポータルのわたしの情報」
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	②「健康保険証」「資格確認書」「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受領証」をお持ちの方（被扶養者分も含む）は添付ください。
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「健康保険証」「資格確認書」「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受領証」をお持ちの方（被扶養者分も含む）は添付ください。

資格喪失証明書の交付：　☐ 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。

令和　年　月　日

富士フイルムグループ健康保険組合 理事長殿

被保険者　住所
（本人死亡時は申請者）

氏名

【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