

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		
GL	担当者	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

* 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 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就職先の「健康保険証(本人分)」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。 令和 年 月 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 (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	