還付決定額	一般	円
	調整	円
	介護	円
	合計	円
任継資格喪失日	令和　　年　　月　　日	
決裁年月日	令和　　年　　月　　日	

＊上記枠内は記入しないで下さい。

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

被保険者欄	記号	2800	番号	
	氏名		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
	住所	〒		
資格喪失事由 該当するものに○ 該当事項を記入	**ア　健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため** （1）新たに取得した健康保険または船員保険の被保険者等の記号番号 記号（　　）　番号（　　） 資格取得年月日　（令和　　年　　月　　日） （2）保険者の名称(○○健康保険組合等) 名称　（　　） **イ　後期高齢者医療制度の被保険者となったため** （1）後期高齢者医療の被保険者等の記号番号 （　　） 資格取得年月日　（令和　　年　　月　　日） （2）都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名称（　　都・道・府・県　後期高齢者医療広域連合） **ウ　任意継続保険者による資格喪失の申し出** **エ　その他（　　）**			
還付金振込銀行	銀行 信用金庫 農協	本店 支店	普通	口座番号
口座名義	(フリガナ)			
備考				

【記入上の注意】

受付日付印

1. 還付金が発生する場合のみ、銀行口座をご記入ください。
2. 被保険者が死亡し、相続人が保険料の還付を請求するときは、被保険者であった者の死亡を明らかにすることができる書類を添え、被保険者であった者との関係を「備考」欄に記入して下さい。