常務理事	事務長	担当	還付日	金額
※事務処理欄				円

デンカ健康保険組合　御中

任意継続被保険者資格喪失届兼還付請求書

次の通り、任意継続被保険者資格喪失の届出と健康保険料の還付請求を致します。

●●年　●●月　●●日　提出

被保険者証	記号	2	番号	●●●●●	被保険者氏名	健保　太郎
生年月日	☑ 昭和 □ 平成　●●　年　●●　月　●●　日				性別	(男)・女
喪失事由	(1) 就職先の健康保険に加入・(2) 長寿医療制度に加入・(3) 被保険者の死亡 (4) 資格喪失を希望する　いずれかに丸を付けて下さい					
資格喪失日	●●年 ●●月 ●●日	※上記の喪失事由により、次の日にちを記載願います。 ・(1),(2)…他の健康保険または長寿医療制度に加入した日 ・(3)…死亡日の翌日 ・(4)…喪失希望日 ※喪失日はこの申出が受理された日の属する月の翌月１日となります。				
指定口座	フリガナ　〇〇〇				フリガナ　〇〇〇	
	〇〇	(銀行)・信金・農協 信組・労金			〇〇	本店・(支店) 営業部・出張所
	口座番号 （右詰め）	普通	●●●●●●●		口座名義 （カタカナ）	ケンポ　タロウ
住所等	〒 ●●● － ●●●●					
	〇〇 都道府県 〇〇 市郡 〇〇 区					
	●－●－●					
	電話番号 ●●● － ●●● － ●●●●					
	被保険者との続柄　本人					
	氏名　健保　太郎					

ご記入ください。

※　資格喪失日以降、速やかに「保険証」を返送出願います。
※　下記に該当する場合は、別途添付書類が必要となりますので、弊方迄ご連絡願います。
　①被保険者の死亡による届出
　②紛失等により保険証を返納できない場合
※　日付及び生年月日については、和暦でご記入願います。

デンカ健康保険組合
〒９４９－０３９３
新潟県糸魚川市青海２２０９番地
TEL：０２５-５６２－６１２５
FAX：０２５-５６２－６１０４

（　2022.06　）