

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)

決定 伺		
常務理事	事務長	担当者

ナブテスコグループ健康保険組合 殿

令和 年 月 日 下記のとおり、任意継続被保険者資格の喪失（脱退）を申し出いたします。

また資格の喪失により、納付済みの保険料に還付が発生した場合は、健保組合へ届け出ている給付金振込先口座へ還付請求します。

被保険者	記号	① 番号	② 氏名	フリガナ	③ 生年月日			
	100					昭・平	年	月
④ 住所	〒 -		☎ () -					
⑤ 資格喪失事由 ※ア・ウのいずれかを○で囲み、 右に日付を記入してください。	ア 就職等で他の健康保険 または船員 保険の被保険者資格を取得したため		資格喪失年月日を記入してください			★添付書類		
	イ 65～74歳で、後期高齢者医療制度 の認定を受けたため		令和 年 月 日 (新しい健康保険の資格取得年月日)			①当健保組合の保険証 ②高齢受給者証 (お持ちの方のみ) ③新しい健康保険の 「資格情報のお知らせ」写 (本人分のみ提出)		
	ウ 被保険者でなくなることを希望する <input type="checkbox"/> 国保加入 <input type="checkbox"/> その他 ()		令和 年 月 1 日 (申出書を健保が受理した日の翌月1日)			申出時は不要。		

【備考】※被保険者の記号・番号の記入に代えて個人番号で申請する場合は、この備考欄へ記入してください。その場合、個人番号・本人確認するための添付書類が必要です。

【重要】※下記 1～3 を必ず確認してください。

- ⑤喪失事由が「アまたはイ」の場合は「新しい健康保険の資格情報のお知らせコピー（本人分）」と「ナブテスコグループ健保の保険証（ご本人・ご家族とも）」を添付してください。「高齢受給者証」「限度額適用認定証」をお持ちの場合は、一緒にご返却ください。
- ⑤喪失事由が「ウ」の場合は、この申出書を受理後に健保組合から「喪失証明書」と「保険証返却のご案内」を送付します。
- 喪失月以降分の納付済み保険料がある場合は還付いたします。ただし資格取得した月と資格喪失した月が同じ月の場合は、その月の保険料は納付が必要ですので、その月の還付はありません。還付のある方には別途、還付通知書を送付いたします。

【申出書送付先】

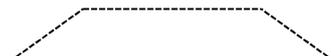
〒651-2271

兵庫県神戸市西区高塚台 7-3-3

ナブテスコグループ健康保険組合

TEL 078-996-3700

受付日印



健保記入欄	資格喪失日	令和 年 月 日	還付金	令和 年 月～令和 年 月	健康保険料	円
	還付金	有 ・ 無		令和 年 月～令和 年 月	介護保険料	円
	同月得喪	有 ・ 無			合計	円