

常務理事	事務長	担当

記号 90	番号	被保険者の氏名	生年月日 昭和 年 月 日 平成
住所	〒		電話 ()

資格喪失年月日 (健保記入欄)		令和	年	月	日	
資格喪失の事由 〔 いずれかを○で囲み、事由がア又はイの場合は取得後の資格情報のお知らせに記載されている事項を記入してください。 〕	ア 再就職して、就職先の被保険者資格を取得したため					
	(1) 再取得した健康保険の記号・番号 ()					
	(2) 適用事業所の名称および所在地 名 称 () 所 在 地 ()					
	(3) 保険者名称 ()					
	(4) 資格取得年月日 年 月 日					
	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番号等 ()					
	(2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名 称 () 後期高齢者医療広域連合)					
	(3) 資格取得年月日 () 年 月 日					
	ウ 被保険者が死亡したため					
	(1) 死亡年月日 () 年 月 日					
	エ 任意継続被保険者からの脱退を希望するため ※資格喪失日は健保組合が本申請書を受領した月の翌月1日となります。					
	還付金請求者	フリガナ (続柄 :) 氏名				
還付金振込先	銀行 信金		普通 支店	当座		

04.01