

健康保険 資格喪失申出書 兼 保険料還付請求書(任意継続) 記入例

健保決裁欄	常務理事	所属長	主担者	係員

この申請書を記入された日をお書き下さい

*太枠で囲んだ部分は全てご記入ください

任意継続被保険者証		被保険者氏名	記入年月日	
記号	番号	健 保 一 郎	平成 29年 6月 10日	
91	0 1 2 3 4 5 6		昭和 平成	37年 8月 10日
住所	〒570 -8540 大阪府守口市外島町5番55号		TEL (06 - 6992 - 5135)	

該当に○をして下さい。

必ず押印をお願いします

下記の表の該当の番号に○印をし必要書類を下欄に貼付して下さい。

資格喪失理由	必要書類
1 就職して他健保に加入したため	新しい保険証の写し
2 65～74歳で一定の障害状態にあることで 広域連合の認定を受けたため	後期高齢者医療被保険者証の写し

該当の数字に○をして下さい。

必須

パナソニック健保の保険証（ご本人・ご家族様分全て）を返却してください

留意事項

- ① 「限度額適用認定証」「特定疾病療養受療証」の交付を受けている場合はご返却下さい。
- ② 新しい保険証の写し（被保険者本人分のみ）は適正に資格喪失日を確認するために必要です。必ずご提出ください。
- ③ 資格喪失した月の保険料は必要ありません。すでに保険料を納付いただいている場合は後日返金いたします(手数料は返金できません)。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、1ヵ月分の保険料が必要となりますので、保険料の返金はありません。
- ④ 保険料の返金は本申出書兼還付請求書が届いた月の翌月末になります。