

健康保険 資格喪失申出書 兼 保険料還付請求書(任意継続)

健保決裁欄	常務理事	所属長	担当者	係員

記入例

この申請書を記入された日をお書きください

*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 30年 10月 1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5-5号		該当に○をしてください	
			必ず押印をお願いします	
			TEL (06 - 6992 - 5135)	

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ください。

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 (本人分のみ)
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○をしてください

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ください。
- ② 新しい保険証の写しは、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(振込)について
振込日 : 本「資格喪失申出書兼保険料還付請求書」が届いた月の翌月末
振込先 : 健保給付金等振込先登録口座
※ 返金に関するお問合せ先 : 0120-876-863 (休日を除く 平日 9:00~17:00)