

常務理事	検印	担当

E

記入例 決定年月日

# 健康保険 資格喪失申出書 (兼 保険料還付請求書)

任継:91  
特退:92

退職者(申請者)記入用

記入日 令和 6 年 11 月 12 日

被保険者(申請者)情報	記号	9 2	番号 (6桁の場合は右詰めで記入 ↓)	1 2 3 4 5 6	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	3 1 0 1 0 1
	被保険者証の(右づめ)						
	氏名	(フリガナ)	ケンボ タロウ				
	住所	(〒 570 - 0001 )					
電話番号(日中の連絡先)	TEL	00 (( 0000 )) 0000					

下記理由により、被保険者を資格喪失(脱退)しますのでお届けします。  
また、資格喪失後の支払い保険料がある場合は、お届けの給付金振込先口座へ還付請求します。  
(お届けの給付金振込先口座以外にマイナポータル等で事前登録した公金受け取り口座をご利用希望の場合は右記に ⇒ )

資格喪失事由 ※ 該当の番号に ✓ をしてください	資格喪失年月日を記入してください	
<input checked="" type="checkbox"/> 1 就職して他健保に加入したため	令和 6 年 11 月 1 日 (新しい保険証等の資格取得年月日)	
<input type="checkbox"/> 2 65~74歳で後期高齢者の認定を受けたため	令和 年 月 日 (後期高齢者医療制度の資格取得日)	
<input type="checkbox"/> 3 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)	
<特例退職の方で上記以外の事由> <input type="checkbox"/> 4. 家族の扶養 <input type="checkbox"/> 5. 海外居住 <input type="checkbox"/> 6. 生活保護の受給		該当の場合は健保へご連絡ください

● 就職・後期高齢が事由の方

● 希望が事由の方

## 留意事項

- ◆ 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健保へお届けの「給付金等振込先口座」へ返金いたします(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。
- ◆ 資格喪失事由が**被保険者でなくなることを希望**する場合  
・資格喪失日にご注意いただき、投函してください。  
例)3月1日に資格喪失をご希望の場合  
⇒2月1日~28日に健保へ到着するように投函してください。  
・保険証の返却については、健保より別途ご案内しますのでこの用紙に添付しないでください。

被保険者証回収	本人 枚	家族 枚	合計	円
---------	------	------	----	---