任意継続被保険者資格喪失申出書　（ 兼保険料還付請求書）

ネクステージグループ健康保険組合理事長　殿

●太枠内をご記入ください

健康保険証	記号	999	番号		被保険者氏名
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日			

資格喪失 還付請求事由 ◎該当欄□にチェックを記入	□就職	就職先の資格取得日	令和　　年　　月　　日
		添付するもの	■任意継続時の健康保険証または資格確認書 ■就職先の健康保険資格情報のお知らせ（写）
	□死亡	死亡の翌日	令和　　年　　月　　日
		添付するもの	■任意継続時の健康保険証または資格確認書 ■死亡診断書等死亡年月日が記載された書類のコピー
	□後期高齢者医療に加入	後期高齢者医療被保険者証の資格取得日	令和　　年　　月　　日
		添付するもの	■任意継続時の健康保険証または資格確認書 ■後期高齢者医療保険資格情報のお知らせ（写）
	□本人希望	資格喪失日	この届を当組合が受領した月の翌月１日
		添付するもの	なし

上記のとおり届出いたします。

この届出により保険料の還付が生じる場合は、還付を請求します。※1

令和　　年　　月　　日

〒　　－

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　TEL（　　）－　　－＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印　被保険者との続柄＿＿＿＿＿＿

※１：還付金は加入時に登録された銀行口座へ振り込みます。登録口座を閉鎖された方、本人死亡で相続人の口座振込みとなる方も以下に記入してください。

振込み口座	□ 銀行 □ 信金 □ 農協	支店	預金種別	口座番号（右づめで記入）
			普通	
	金融機関コード	店番号	口座名義（カタカナで記入）	

↓組合使用欄は記入しないでください

組合使用欄	標準報酬月額	千円	受付印
	納付方法	1. 各月　2. 前納（1 年/半年）	
	還付期間	月～　　月（　　か月）	
	還付日	令和　　年　　月　　日	
	還付金額	円	

常務理事	事務長
担当	担当