

常務理事	担当者	確認

資格喪失
任意継続被保険者 申請書
保険料返還請求

中部アイティ産業健康保険組合 理事長殿

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 (申 請 者) 記 入 欄	記号一番号	被保険者(申請者)氏名	住 所			
	8888-		〒 -			
	資格喪失年月日	令和 年 月 日	申請者の続柄	1. 本人 2. 妻 3. その他 ()		
	資格喪失理由	1. 就職 2. 死亡 3. 希望	未経過保険料の有無	1. 有 2. 無		
	被 保 険 者 銀 行 口 座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。(利用する場合は <input type="checkbox"/> にチェック、 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。				
		銀行名	銀行 金庫 農協	支店名	本店 支店 出張所	
		普通	口座番号			
		口座名義	(フリガナ)			
	・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。 被保険者のマイナンバー記入欄 <input type="text"/>					

添付書類	・喪失理由が就職の場合： <input type="checkbox"/> 就職先の健康保険証の写 ・喪失理由が死亡の場合： <input type="checkbox"/> 死亡を証する書類(埋葬・火葬許可書の写等)
------	--

- 注 1. 被保険者が死亡の場合、「振込先」欄には請求者名義の銀行口座を記入してください。
2. 資格喪失事由が就職の場合は就職先の健康保険証の写、死亡の場合は死亡を証する書類を添付してください。
3. 資格喪失後は、すみやかに保険証を返納してください。

健 保 記 入 欄	振込日	令和 年 月 日
	保険料納入済額	円
	〃 対象月	令和 年 月 から 令和 年 月 まで
	経過分保険料	円
	〃 対象月	令和 年 月 から 令和 年 月 まで
	未経過分保険料	円
	〃 対象月	令和 年 月 から 令和 年 月 まで
還付金額	円	

受付日付印

決裁日付印