健康保険　被保険者資格喪失届（任継者用）

任継者情報	被保険者証記号-番号	800　　－	被保険者氏名	
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	被扶養者の有無	□ 有（　　）　□ 無
	住所	〒　　－ TEL：　　（　　）		
	資格喪失事由	□ 就職　□ 任意脱退　□ 後期高齢者医療制度加入　□ 死亡		
	資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日	被保険者証	□ 添付 □ 返納不能 □ 資格喪失後返納（任意脱退のみ）
	備考			

令和　　年　　月　　日　提出

【添付書類】

・就職の場合…新たな就職先の保険証（写）
・後期高齢者医療制度加入の場合…65歳～74歳で障害認定を受けた方は障害の程度がわかる書類（障害者手帳（写）等）
・死亡の場合…死亡日が分かる書類（死亡診断書（写）等）

【注意事項】

・資格喪失後は、保険証、高齢受給者証、限度額適用認定証等が使用できませんので、速やかにご返納ください。
・訂正をするときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者の氏名、訂正年月日をご記入ください。
・就職、任意脱退及び死亡により保険料の還付が発生する場合は、「保険料還付請求書」を添付してください。
・※欄は記入しないでください。

届出者情報	住所 TEL 被保険者（届出者）氏名	

※受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

※決裁欄	伺日	令和　　年　　月　　日	理事長	常務理事	事務長	係
	決裁日	令和　　年　　月　　日				
	備考					

（2022.3）

健康保険　保険料還付請求書

任継者情報						
被保険者証記号		番号		氏名		
住所	〒　　－ TEL　　（　　）					
生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日			請求金額		円
還付を受ける理由	□ 他健保等への加入 □ 死　亡 □ その他（　　）			内訳	一般保険料	円
					調整保険料	円
					介護保険料	円
備考						

【添付書類】●還付理由が被保険者死亡の場合、次の書類を添付してください。

①請求者が亡くなられた被保険者の先順位の相続人であることを確認できる書類（戸籍謄本等）。

②死亡診断書（届出人も確認できるもの）の写し。

請求者情報	
請求者の氏名	
生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
振込金融機関名	農協　　本・支店 銀行　　本・支所 信組　　（本・支どちらか〇印）
口座番号	普通　－
口座名義人	（ﾌﾘｶﾞﾅ）

令和　　年　　月　　日　提出

※受付日付印

【注意事項】●「※」欄は記入しないでください。

●訂正するときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者の氏名、訂正年月日をご記入ください。

※還付決議書								
伺日	令和　　年　　月　　日				理事長	常務理事	事務長	係
決裁日	令和　　年　　月　　日							
還付決定額	円							
	内訳	一般保険料	円		資格取得	令和　　年　　月　　日		
		調整保険料	円		資格喪失	令和　　年　　月　　日		
		介護保険料	円		還付対象期間	令和　　年　　月分～令和　　年　　月分		
還付年月日	令和　　年　　月　　日				備考			

(2021.4)

健康保険　被保険者資格喪失届（任継者用）

記入例

任継者情報				
被保険者証記号-番号	800　－　〇〇〇〇	被保険者氏名	〇〇　〇〇	
生年月日	(昭和)・平成　55 年　5月　5日	被扶養者の有無	☑ 有（　1 人）　☐ 無	
住所	〒　〇〇〇　－　〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇			
資格喪失事由	☐ 就職　☑ 任意脱退　☐ 後期高齢者医療制度加入　☐ 死亡			
資格喪失年月日	令和　4　年　4　月　1　日	被保険者証	☐ 添付 ☐ 返納不能 ☑ 資格喪失後返納（任意脱退のみ）	

返納不能の場合は「被保険者証・高齢受給者証返納不能届」の届出が必要となりますので、忘れず添付してください。

資格喪失日は次の通りご記入ください。
- **就職の場合・・・新たに加入した健康保険資格取得日**
- **後期高齢者医療制度の場合・・・後期高齢者に該当した日**
- **死亡の場合・・・死亡日の翌日**
- **任意脱退の場合・・・事前に健保組合までご連絡ください。**

令和　4　年　3　月　10　日

【添
・就職の場合…新たな就職先の保険証（写）
・後期高齢者医療制度加入の場合…65歳～74歳で障害
・死亡の場合…死亡日の分かる書類（死亡診断書（写）等）

任意脱退の場合は、資格喪失月初旬に健保組合から「任意継続被保険者資格喪失通知（兼証明書）」を自宅に郵送します。
上記通知書が届きましたら保険証、高齢受給者証、限度額適用認定証等を速やかにご返納ください。

【注意事項】
・資格喪失後は、保険証、高齢受給者証、限度額適用認定証等が使用できませんので、速やかに返納ください。
・訂正するときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者の氏名、訂正年月日をご記入ください。
・就職や任意脱退、死亡により保険料の還付が発生する場合は、「保険料還付請求書」を添付してください。
・※欄は記入しないでください。

届出者情報	
住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇
ＴＥＬ	〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇
被保険者（届出者）氏名	〇〇　〇〇

※受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

※決裁欄					
伺日	令和　年　月　日	理事長	常務理事	事務長	係
決裁日	令和　年　月　日				
備考					

（2022. 3）

健康保険　保険料還付請求書

記入例

任継者情報	被保険者証記号	800	番号	~~9999~~ 9000 R4.6.7 浅間三郎	氏名	浅間　三郎
	住所	〒 ×××　－×××× 群馬県××郡××町××番地　TEL ××××（ ×× ）××××				
	生年月日	(昭) 平・令　35 年　4 月　10 日		請求金額		円
	還付を受ける理由	☑ 他健保等への加入 ☐ 死　亡 ☐ その他（　　）		内訳	一般保険料	円
					調整保険料	円
					介護保険料	円
	備考					

【添付書類】●還付理由が被保険者死亡の場合、次の書類を添付してください。
①請求者が亡くなられた被保険者の先順位の相続人であることを確認できる書類（戸籍謄本等）。
②死亡診断書（届出人も確認できるもの）の写し。

請求者情報	請求者の氏名	浅間　三郎
	生年月日	(昭) 平・令　35 年　4 月　10 日
	振込金融機関名	●●●● 農協 銀行 信組　△△　本・支店 本・支所（本・支どちらか○印）
	口座番号	普通　－　1234567
	口座名義人	(ﾌﾘｶﾞﾅ) アサマ　サブロウ 浅間　三郎

令和　4　年　6　月　7　日　提出

※受付日付印

【注意事項】●「※」欄は記入しないでください。
●訂正するときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者の氏名、訂正年月日をご記入ください。

※還付決議書	伺日	令和　年　月　日			理事長	常務理事	事務長	係
	決裁日	令和　年　月　日						
	還付決定額	円						
		内訳	一般保険料	円	資格取得	令和　年　月　日		
			調整保険料	円	資格喪失	令和　年　月　日		
			介護保険料	円	還付対象期間	令和　年　月分～令和　年　月分		
	還付年月日	令和　年　月　日			備考			

(2021.4)

健康保険　保険料還付請求書

記入例

任継者情報	被保険者証記号	800	番号	9000	氏名	浅間　三郎
	住所	〒 ×××　－×××× 群馬県××郡××町××番地　TEL ××××（ ×× ）××××				
	生年月日	(昭)平・令　35 年　4 月　10 日		請求金額		円
	還付を受ける理由	□ 他健保等への加入 ☑ 死　亡 □ その他（　　）		内訳	一般保険料	円
					調整保険料	円
					介護保険料	円
	備考					

【添付書類】●還付理由が被保険者死亡の場合、次の書類を添付してください。

①請求者が亡くなられた被保険者の先順位の相続人であることを確認できる書類（戸籍謄本等）。

②死亡診断書（届出人も確認できるもの）の写し。

請求者情報	請求者の氏名	浅間　花子
	生年月日	(昭)平・令　~~35~~ 40 年　~~4~~ 10 月　~~10~~ 30 日 R4.5.7　浅間花子
	振込金融機関名	●●●●　農協 / 銀行 / 信組　△△　本・支店 / 本・支所（本・支どちらか○印）
	口座番号	普通　－　1234567
	口座名義人	(ﾌﾘｶﾞﾅ)　アサマ　ハナコ 浅間　花子

令和　4　年　5　月　7　日　提出

※受付日付印

【注意事項】●「※」欄は記入しないでください。

●訂正するときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者の氏名、訂正年月日をご記入ください。

※還付決議書	伺日	令和　年　月　日			理事長	常務理事	事務長	係
	決裁日	令和　年　月　日						
	還付決定額	円						
		内訳	一般保険料	円	資格取得	令和　年　月　日		
			調整保険料	円	資格喪失	令和　年　月　日		
			介護保険料	円	還付対象期間	令和　年　月分～令和　年　月分		
	還付年月日	令和　年　月　日			備考			

(2021.4)