

任意継続被保険者 資格喪失申出書
(兼 保険料引落停止願 ・ 保険料還付請求書)

三井住友トラストグループ健康保険組合 御中				〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
任意継続健康保険を下記理由により脱退しますので、保険料の口座引落しを停止し、先に納付した保険料を還付請求いたします。					
被保険者等 記号・番号	9 9 8 0 — 〇〇〇〇		被保険者 氏 名	健保 花子	
生年月日	昭・平・令 〇〇 年 〇 月 〇 日				
被保険者住所 (変更 有・無)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇区◇◇〇-〇-〇 電話 (〇〇) 〇〇〇〇 — 〇〇〇〇				※現住所（住所変更している場合は変更後の住所）を記入
任意継続健康保険 脱退の理由	1. 就職 2. 死亡 3. 保険料未納 4. 後期高齢者医療制度加入 5. 任意脱退		※「5. 任意脱退」時の喪失日は、当組合が申出書を受理した日の属する月の翌月1日。 なお、原則、申出後の取消は認めない。		
新しく加入した健康 保険の資格取得日	〇〇年 〇 月 〇 日		※脱退の理由が1. 就職または4. 後期 高齢者医療制度加入による場合のみ記入		
添付書類	☒ 任意継続 健康保険被保険者証（有効な証を保有している場合のみ） ☐ 資格確認書（交付されていて、有効期限到来前の場合のみ） ☐ 限度額適用認定証、高齢受給者証、特定疾病療養受療証（交付されている場合のみ） ※本人分および家族分をご返却ください				
還付金振込先	〇〇銀行 〇〇支店 普通預金No.△△△△△△△ △△△△△△△△△△ フリガナ 〇〇銀行 〇〇支店 普通預金 口座名義 ケンボ ハナコ 健保 花子				

* 事前に健康保険組合へ任意継続を脱退する旨のご連絡をお願いします（TEL 03-5232-8640）。

(健保使用欄)	
支払決定伺	
該当月	／ 月～ ／ 月
還付金支払日	令和 年 月 日
還付金支払額	円

資格喪失日	年 月 日
☐ 喪失処理	
☐ 1年前納／半年前納	
☐ 口振→ 口振停止	
☐ 証等回収（資・限・高・特）	
☐ 保険料還付（有・無）	
☐ 住変（有・無）	

常務理事	事務長	担当者

受付日	処理日