

近畿化粧品健康保険組合
任意継続被保険者資格喪失申出書 (兼 保険料還付請求書)

被保険者証の記号 - 番号	9999	—
氏名	(フリガナ)	
生年月日	昭和・平成	年 月 日
住所・電話番号	〒	TEL
	都道府県	

1. 資格喪失の申し出

次の事由により任意継続の資格喪失を申し出ます。

資格喪失年月日	令和 年 月 日
事由(いずれかに○)	ア. 就職し、協会けんぽ又は他の健保組合等の被保険者となった イ. 当組合の加入事業所に就職し、被保険者となった (事業所名) ウ. 75歳未満だが認定を受けて後期高齢者医療制度に加入した エ. 任意脱退の申し出による資格の喪失 ※申し出後の取り消しはできません
保険料の還付の有無	ア. 有 (下記2. も記入してください) ※喪失月以降の保険料をすでに当組合に振込済の場合 イ. 無 (下記2. の記入は不要です)

④資格喪失日は新しく加入した健康保険又は後期高齢者医療制度の資格取得日。
但し、任意脱退の場合は、当組合が申出書を受理した日の翌月1日となります。

2. 保険料の還付請求

上記の理由により任意継続の資格を喪失したので前納未経過分等の保険料の還付を請求します。

還付請求金額 (前納未経過分)	円(月分～ 月分)			
還付先希望口座	金融機関名			
	支店名			
	口座種別・番号	普通・当座		
	口座名義 (カタカナ)			

<この申出書に下記を添付して、当組合に提出してください>

喪失事由ア～ウ⇒①当組合の保険証カード(被扶養者もいる場合は全て)

②新たに加えた健康保険証の写し(被保険者分のみで結構です)

喪失事由エ ⇒保険料の還付がある場合は、領収書(毎月払いを一括前納されている方は申出月以降の月分が含まれる領収書)

<保険証カードは資格喪失日(当組合が申出書を受理した日の翌月1日)以降、当組合まで返却してください>

※高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けている場合はすべて返却してください。

※紛失により保険証を返却できない場合は、健康保険被保険者証滅失届が必要ですので、当組合にご連絡ください。

提出先: 〒540-0026
大阪市中央区内本町2-1-13
近畿化粧品健康保険組合
TEL 06-6943-5436