

常務理事	課長	担当

年月分	一般保険料 円	調整保険料 円	介護保険料 円	計 円	納付年月日	返還年月日
						令和 年 月 日
						返還費目選択
						円
						保険料払戻
						一般保険料 円
						調整保険料 円
						介護保険料 円
合計	円	円	円	円		円

### 健康保険任意継続被保険者資格喪失届

健康保険の 記号と番号	記号	30	番号		性別	男・女
申請者	住所	〒				
	電話番号					
	続柄	本人	氏名			
資格喪失年月日	令和	年	月	日		
資格喪失原因	1. 健康保険の被保険者資格を取得したため ①新しい健康保険被保険者の記号・番号 記号 _____ 番号 _____ ②資格取得年月日 令和 年 月 日 ③新しい健康保険の保険者(管理者)番号 _____					
振込希望銀行	銀行					支店
	信用金庫					
	普通預金番号					

上記のとおり任意継続被保険者の資格を喪失したので届出いたします。これにもとづき資格喪失月以降の前納保険料を返還してください。

令和 年 月 日

島津製作所健康保険組合理事長殿

(注) 被保険者が死亡の場合で被扶養者が無く、その他相続人が申請者の場合は相続権利を証明する「戸籍謄本」等を添付して下さい。