

任意継続保険資格喪失申請書兼保険料還付請求書

朝信健康保険組合の任意継続保険の資格を喪失するため申請いたします。

既に納付済みの保険料が過納となっている場合は、返還請求いたしますので、届出の振込口座に送金してください。

記号番号	氏 名
1 0 0 0 —	
●新しい被保険者証の記号・番号	—
●適用事業所の名称及び住所	(名称) (住所)
●新しい健康保険の資格取得日	令和 年 月 日

朝信健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者氏名

㊞

【この申請書に添付して提出するもの】

①朝信健康保険組合の「健康被保険者証」

・遠隔地被保険者証の交付を受けている場合、全て回収いたします。

・「限度額適用認定証」「高齢者受給者証」の交付を受けている場合はそれらをすべて含みます。

②再就職等で新たに取得した被保険者証の写し

(健保記入欄)

返金内容	支払口座	返金請求額内訳
年 月～ 年 月	原・変	健康保険料 円 介護保険料 円