

	常務理事	事務長	課長	担当者
決裁				

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書 兼 保険料還付請求書
特例退職被保険者

被保険者証	記号		被保険者氏名					
	番号		被保険者生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和				
資格喪失理由 (該当する番号へ、 ○を付けて下さい)	① 再就職し他保険の被保険者となったため (令和 年 月 日資格取得) (新しい保険証のコピーを添付してください)							
	② 65歳以上75歳未満で障害認定を受けたことにより後期高齢者医療広域連合の 被保険者となったため (令和 年 月 日資格取得) (新しい保険証のコピーを添付してください)							
	③ 被保険者が死亡したため (令和 年 月 日死亡)							
	④ 資格喪失したため (健康保険組合がこの届出を受理した日の翌月1日資格喪失)							
上記のとおり資格を喪失したことを申出します。 この申出により保険料の還付が生じる場合は、還付を請求します。 また、資格喪失日以降に貴保険組合の保険証を誤って利用して医療機関を受診した場合は、貴保険組合に対し医療費の返還義務があることを認識し、貴保険組合からの返還請求に応じます。								
令和 年 月 日								
BIPROGY健康保険組合 御中								
郵便番号 _____								
住 所 _____								
氏名・印 _____ (印)								
<table border="1"><tr><td>確認欄</td><td>自署の場合は捺印を省略できます。その際、この届出は被保険者が作成したものであることの証明のため、左の確認欄へチェックを入れてください。</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr></table>					確認欄	自署の場合は捺印を省略できます。その際、この届出は被保険者が作成したものであることの証明のため、左の確認欄へチェックを入れてください。	<input type="checkbox"/>	
確認欄	自署の場合は捺印を省略できます。その際、この届出は被保険者が作成したものであることの証明のため、左の確認欄へチェックを入れてください。							
<input type="checkbox"/>								
資格喪失理由が ③被保険者死亡の 場合のみ記入	銀行	支店	普通・当座					
	口座番号	フリガナ	-----					
		口座名義						

(ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません)

(請求上の注意)

- 被保険者死亡の場合、氏名欄には相続人を記入してください。なお、別途確認書類をお願いすることがあります。
- 資格喪失理由①～③の場合、本申請書と共に保険証等をご返却下さい。
- 資格喪失理由④の場合、本申請書の提出月の翌月1日以降、資格喪失通知書を送付しますので、保険証等は速やかにご返却下さい。