

常務理事	担当者	確認

資格喪失
任意継続被保険者
申請書
保険料返還請求

中部アイティ産業健康保険組合 理事長殿

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 記 入 欄	被保険者等	記号 8888	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
		番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	被保険者氏名 (申請者)		生年月日	年	月 日
	住所	〒 ー			
	資格喪失年月日	令和 年 月 日	申請者の続柄	1. 本人 2. 妻 3. その他 ()	
	資格喪失理由	1. 就職 2. 死亡 3. 希望	未経過保険料 の有無	1. 有 2. 無 (1の場合、口座欄記入)	
	被 保 険 者 銀 行 口 座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。(利用する場合は <input type="checkbox"/> にチェック、 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。			
		銀行名	銀行 金庫 農協	支店名	本店 支店 出張所
		普通	口座番号		
		口座名義	(フリガナ)		

添付書類	<ul style="list-style-type: none">喪失理由が就職の場合：<input type="checkbox"/> 就職先の資格情報のお知らせの写喪失理由が死亡の場合：<input type="checkbox"/> 死亡を証する書類（埋葬・火葬許可書の写等）
------	---

- 注 1. 被保険者が死亡の場合、「振込先」欄には請求者名義の銀行口座を記入してください。
2. 資格喪失事由が就職の場合は就職先の資格情報のお知らせの写、死亡の場合は死亡を証する書類を添付してください。
3. 資格喪失後は、資格確認書又は被保険者証の発行を受けている場合はすみやかに返納してください。

健 保 記 入 欄	振込日	令和 年 月 日
	保険料納入済額	円
	〃 対象月	令和 年 月 から 令和 年 月 まで
	経過分保険料	円
	〃 対象月	令和 年 月 から 令和 年 月 まで
	未経過分保険料	円
	〃 対象月	令和 年 月 から 令和 年 月 まで
還付金額	円	

受付日付印

決裁日付印