

任意継続被保険者資格喪失届 兼保険料還付請求書

健 保 欄	常務理事	事務長	部長	担当者

三菱UFJ銀行健康保険組合理事長殿 年 月 日

住 所 〒

被保険者
氏 名

生年月日 昭・平 年 月 日

(電話 - -)

〔喪失理由
死亡の場合記入〕 相続人氏名
(続 柄)

(電話 - -)

下記のとおり被保険者資格喪失をお届けします。

被保険証の 記号・番号	記 号	番 号
喪失理由 (該当項目を○で囲む)	1 期間満了 2 後期高齢者医療制度に加入 3 保険料を納入しない (年 月分まで納入済) 4 死亡 (年 月 日 死亡) 5 就職して他の健康保険に加入 (年 月 日 就職) (年 月 日 資格取得) 再就職先の健保名 ~ 再就職先での保険資格取得日以降、当健保の保険証は使用できませんので 使用した場合は医療機関へ保険証変更をご連絡願います。 6 申出喪失 (本状受理日の翌月1日付にて資格喪失)	
資格喪失証明書の発行 (いずれかを✓)	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不要

〔納付済保険料還付請求書〕
(上記喪失理由 2、4、5、6の場合で未経過保険料がある場合記入)

納入しました未経過保険料を下記口座に還付請求します。

銀 行	科 目	口 座 番 号	口 座 名 義
(銀行番号) 銀行	1. 普通		フリガナ 氏 名
(店番) 支店	2. 当座		

返納する証に○ (被扶養者がいる場合は、返納する各証の枚数も記入)

①被保険者 (本人)	A. 被保険者証・資格確認書	B. 限度額適用認定証	C. 高齢受給者証
②被扶養者	A. 被保険者証・資格確認書	B. 限度額適用認定証	C. 高齢受給者証
	枚	枚	枚

・「記号・番号による申請」に代えて「個人番号による申請」もできます。この場合「運転免許証」「パスポート等の
身元確認資料の提出が必要となります(「記号・番号による申請」の場合は身元確認資料は不要です)。

〔個人番号記入欄〕

(注) 再就職した場合、就職先の資格確認書(写)又は資格情報のお知らせ(写)を添付してください。
尚、未経過分保険料がある場合は〔納付済保険料還付請求書〕欄にご記入ください。

【郵便】〒105-0014東京都港区芝2-4-3 三菱UFJ銀行健康保険組合 業務第一部宛
【行内メール】東日本(7872-50) 三菱UFJ銀行健康保険組合 業務第一部宛

健 保 欄	受付日	証回収日	喪失日
	証明書発行日	還付日	備考