

常務理事	事務長	部長	担当者
------	-----	----	-----

特例退職被保険者資格喪失届 兼保険料還付請求書

緑枠内は、プルダウンから選択（手入力可） → 文字の大きさ等は適宜変更可能。
黄色枠内は、手入力してください。 容易に消えない筆記用具で手書き可。

三菱UFJ銀行健康保険組合理事長殿 (和暦) 令和 〇 年 〇 月 〇 日

被保険者証の 記号・番号	記号(※) 5001	番号(※) 000000	被保険者氏名 〇〇 〇〇
申請者 本人死亡時は申請者(相続人)	住所 郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇	東京都〇〇区〇〇1-1-1	
	生年月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日	電話番号 000-000-0000
被保険者との関係	本人	氏名	〇〇 〇〇

下記の通り、資格喪失をお届けします。
この届出により、納付済み保険料に還付が生じる場合は還付を請求いたします。

資格喪失理由(該当番号に○)	提出(確認)資料(+下記記載の証)	添付 チェック
1 再就職して他の健保の被保険者となった 他健保の資格取得年月日(和暦) 令和 〇 年 〇 月 〇 日	再就職先の「資格確認書」(写) または「資格情報のお知らせ」(写)	<input checked="" type="checkbox"/>
2 65~74歳で後期高齢者医療 後期高齢者医療制度の資格取得年月日	後期高齢者医療制度の「資格確認書」(写)	<input type="checkbox"/>
4 生活保護の受給者となった 生活保護認定日(和暦)	生活保護認定書(写)	<input type="checkbox"/>
5 7「申出喪失(任意の資格喪失)」の場合、本申請書と一緒に保険証を返納頂く必要はありません。資格喪失日を過ぎてから、【書式1-3】被保険者証・資格確認書・限度額適用認定証・高齢受給者証 返納届を使って健保宛に返納願います。		
6 保険料未納		
7 申出喪失(任意の資格喪失) 資格喪失日 本喪失届受理日の翌月1日	なし	<input type="checkbox"/>

返納すべき「証」を一部紛失していた場合は、別途【書式1-2】被保険者証・資格確認書・限度額適用認定証・高齢受給者証 紛失届 兼 再交付申請書(再交付不要)も一緒に提出してください。

保険証は、資格喪失日の前日まで使用可能です。
7「申出喪失(任意の資格喪失)」の場合は、本申請書と一緒に保険証を返納頂く必要はありません。資格喪失日を過ぎてから、【書式1-3】被保険者証・資格確認書・限度額適用認定証・高齢受給者証 返納届を使って健保宛に返納願います。

左記の資格喪失日以降に「書式1-3」と共に保険証等を返納して下さい

◆ 資格喪失証明書の発行(いずれかを○) 必要 不要 国保に加入する場合は原則「必要」です。お住いの市区町村で確認ください。

対象者並びに返納する証に○してください(被扶養者がいる場合は、返納する各証の枚数も記入)

<input checked="" type="checkbox"/> ①被保険者(本人)	<input checked="" type="checkbox"/> A. 被保険者証・資格確認書	<input type="checkbox"/> B. 限度額適用認定証	<input type="checkbox"/> C. 高齢受給者証
<input checked="" type="checkbox"/> ②被扶養者	<input checked="" type="checkbox"/> A. 被保険者証・資格確認書 3 枚	<input type="checkbox"/> B. 限度額適用認定証 1 枚	<input type="checkbox"/> C. 高齢受給者証 1 枚

保険料の還付が発生する場合は、以下、被扶養者の「証」の枚数を記入してください。
→ 被扶養者が3名の場合は3枚(被保険者は含め)

金融機関名	支店	フリガナ	氏名
三菱UFJ 銀行	〇〇 支店 普通	〇〇〇〇〇〇	〇〇 〇〇
ゆうちょ銀行 店名3桁 口座番号7桁ご記入下さい。 変換方法は次頁(*)をご参照下さい。	店名	普通	氏名
			〇〇 〇〇

申請者が当健保の被保険者または被扶養者以外の場合

本件還付において、私以外の者が権利を主張するなどの事象が生じても、私が全ての責任を負い、貴組合には一切ご迷惑・損害をかせません。

申請者氏名

確認印 (印)

(※) 上記「記号・番号」が不明な場合等は、「個人番号」による申請が可能です。この場合に個人番号を記入し、「運転免許証」「パスポート」等の身元確認資料を添付の上申請してください。(個人番号で申請する場合のみ記入) [被保険者 個人番号]

【郵便】〒105-0014東京都港区芝2-4-3 三菱UFJ銀行健康保険組合 業務第二
【行内メール】東日本(7872-50)

申請者が当健保の被保険者または被扶養者以外の場合は、この内容をご確認頂き、当該欄に、ご記入・ご捺印のうえ、申請願います。

(*) ゆうちょ銀行の通帳の見開きに印字されている店名(番) 3桁と口座番号7桁をご記入下さい。

印字がない場合、次の方法でゆうちょ口座の「記号・番号」を振込用の「店番・口座番号」に変換できます。

ゆうちょ口座の
「記号・番号」

記号				
1	1	5	4	0

↓

振込用の
「店番・口座番号」

店番(名)		
1	5	8

店番は「記号」の左から
2~3桁目の数字に「8」を
追加した数字

番号							
1	2	3	4	5	6	7	1

↓

口座番号						
1	2	3	4	5	6	7

口座番号は桁数にかかわらず
「番号」の右端の「1」を削除
した数字