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

記号・番号 （保険証左上に記載）	901　－	被保険者氏名	
生年月日	□昭和 □平成 □令和	年	月　日

喪失事由

以下の該当事由に☑ください

① □国民健康保険に加入するため

② □家族の被扶養者になるため

③ □健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため（就職先の健康保険証のコピーを添付してください）

④ □被保険者が死亡したため

上記の事由により資格喪失を希望いたしますので前納等により資格喪失月以降の保険料納付がある場合は下記口座に還付ください

振込金融機関

原則、任意継続加入時に指定された金融機関へ振り込み致します
※その他の金融機関への振り込みを希望される場合は下記に記入ください

	□銀行 □信用金庫 □その他　（　）	支店
金融機関番号		店舗番号
□当座 □普通	口座番号	口座名義　カタカナで記入

届出年月日　令和　年　月　日

トッパングループ健康保険組合理事長　殿

請求者　住所　〒　－

氏名

電話番号　－　－

※請求者が被保険者と異なる場合は続柄の確認できる書類を添付ください

添付するもの　**トッパングループ健康保険組合の保険証**

※喪失事由①、②については健康保険組合の受付日の翌月1日の喪失となります。手続き後、喪失証明書と喪失日までの期間の保険証の代わりとなる資格証明書を発行いたします。
※喪失事由③の喪失については新規の資格取得日での喪失となります。
※喪失事由④の喪失については死亡日の翌日の喪失となります。

健保組合記入欄	
資格喪失年月日	令和　年　月　日

健保組合			健保受付	事業所	
決裁	処理			責任者	担当

TGK 2022.6