フジクラ健康保険組合理事長　殿

**※太枠の中のみご記入ください。**

# 任意継続被保険者 資格喪失申出書 兼 保険料還付請求書

| 保険証の記号番号 | 記号 **101** | 番号 | 申出日 | 令和　年　月　日 |
|---|---|---|---|---|
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | |
| 氏名 | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成　年　月　日 | | | |
| 住所 | （〒　－　） | | | |
| 連絡先電話番号 | | | | |

(1) 申出の理由　（該当する番号へ〇をし、必要事項を記入して下さい。）

| 申出の理由 | 資格喪失日 | 保険料最終納付月 |
|---|---|---|
| **1．再就職し他健保の被保険者資格を取得したため**<br>⇒他健保に加入した日　**令和　年　月　日**<br>新たに加入した健康保険の保険証コピーを添付してください<br>コピーは「被保険者分のみ」で結構です<br>資格取得日の確認を行い、任意継続の喪失処理を行います<br>※フジクラ健保の保険証はご家族分のすべて返却が必要です | 就職先の資格取得日 | 就職先の資格取得日を含む月の前月分まで |
| **2.　被保険者の死亡のため**<br>⇒死亡日　**令和　年　月　日** | 死亡日の翌日 | 死亡日の翌日を含む月の前月分まで |
| **3.　被保険者が75歳に到達したため**<br>⇒誕生日　**令和　年　月　日** | 75歳の誕生日 | 75歳の誕生月の前月分まで |
| **4.　被保険者からの申出による**<br>⇒理由<br>希望する日にちでの資格喪失は出来ません | 申出が受理された翌月1日<br>※保険料の未納がある場合を除く | 資格喪失の前月分まで |

※いずれの場合もフジクラ健保の保険証はご家族分のすべて返却が必要です

(2) 最終納付月後の保険料還付（返金）金融機関　※保険料納付済の場合

| 振込先 | 銀行・労金<br>信金・信組<br>農協・漁協 | 支　店<br>本　店<br>出張所 | 口座番号 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 普通 ・ 当座 | 口座名義（カナ）： | | | | | | | |
| | ゆうちょ銀行 | 記号 | 1 | | | 0 | | | |
| | | 番号 | | | | | | | |
| | 口座名義（カナ）： | | | | | | | | |

健保　記入欄

受付印（処理日）

| 還付金　有　無 | | |
|---|---|---|
| 還付対象期間 | 令和　年　月から | |
| | 令和　年　月まで | |
| 還付請求金額 | 円 | |

フジクラ健康保険組合

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