

当健保組合にて交付した全ての資格確認書・限度額適用認定証等を添付し返納してください。
就職による資格喪失の場合は、新たに加入した健康保険の「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」など資格取得日が分かる書類のコピー(被保険者分のみ)を添付してください。

就職日(資格取得日)にて当健保組合は資格喪失となります。

当健保組合の健康保険資格は、就職日より使用できませんのでご注意ください。

保険料は就職月分より還付いたします。

ただし、任継・特退の加入日と同じ月に資格喪失したときは、保険料の還付はありません。

被保険者の資格喪失と同時に、ご家族も資格を失います。

健康保険 資格喪失届 兼 保険料還付請求書

| | | | | | |
|---|---------------------|---|----|-----------|--------------|
| 請求者 | フリガナ | ニッコウ タロウ | | 昭和 平成 | ▲▲年 ▲▲月 ▲▲日生 |
| | 氏名 | 日興 太郎 | | | |
| | 住所 | 〒 ▲▲▲-▲▲▲▲ 〇〇県〇〇市〇〇町△-△-△ TEL(日中の連絡先) - - | | | |
| 被保険者 であった者 | 氏名 | 日興 太郎 | | 昭和 平成 | ▲▲年 ▲▲月 ▲▲日生 |
| 健康保険の 記号・番号 | 記号 | 1 | 番号 | 1234567 | |
| 支払指定金融機関 (請求者の口座を記入) ※ゆうちょ銀行をご希望の方は、 振込用の店名・口座番号を ご記入ください | | ●●●●● | 銀行 | (どちらかに○印) | |
| | | ●●●●● | 支店 | 普通預金・当座預金 | |
| | | 口座名義(フリガナ) | | 口座番号 | |
| | | (ニッコウ タロウ 日興 太郎) | | ▲▲▲▲▲▲▲▲ | |
| 還付理由 | 令和 ▲年 ▲月 ▲日 就職のため 等 | | | | |
| 備考 | | | | | |
| 上記のとおり請求します。 令和 ▲年 ▲月 ▲日 提出 | | | | | |

被保険者の個人番号(マイナンバー)記載欄
(健康保険の記号・番号を記入した場合は不要です)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

<送付先> 〒103-0016 東京都中央区日本橋小網町9-2
SMBC日興証券グループ健康保険組合
任意継続担当/特例退職担当 宛

SMBC日興証券グループ健康保険組合