

当健保組合にて交付した全ての健康保険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、新たに取得した健康保険証コピー(被保険者分)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証は、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		平成	▲▲年 ▲▲月 ▲▲日生
	住所	〒 ▲▲▲-▲▲▲▲ ○○県○○市○○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
被保険者証の記号・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) 普通預金・当座預金	
		●●●●●	支店		
		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
(被保険者証の記号・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