当健保組合にて交付した全ての健康保険証・資格確認書 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」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証等は、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 ▲▲年 ▲▲月 ▲▲日生 平成
	氏名	日 興　太 郎		
	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 ▲▲年 ▲▲月 ▲▲日生 平成
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） 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
（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