



決裁年月日	年 月	前納納入月	年 月分～ 年 月分
還付決定額	円	任継資格取得	年 月 日
前納保険料	円	任継資格喪失	年 月 日

常務理事	事務長	会計	担当者

## 健康保険任意継続被保険者 資格喪失届出書 兼 保険料還付請求書

下記の通り健康保険任意継続被保険者資格の喪失を届出いたします。  
また、既に納入済みである保険料が過納となっている場合は、資格取得時に届出をした銀行口座に送金くださるよう還付請求します。

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	被保険者氏名	新たに取得した(取得予定含)保険証をお持ちの方は下記をご記入ください	
	9	×××××	健康 太郎 (印)	健康保険資格取得日	令和××年××月××日
	生年月日	昭和・平成・令和××年××月××日		事業所名(会社名)	△△△△株式会社
	現住所	〒104-0061 東京都中央区銀座4-12-15 TEL ×××-××××-××××		健康保険組合名	△△△△健康保険組合
	届出事項	該当する届出理由にチェック(レ点)をしてください <input checked="" type="checkbox"/> 1. 就職により他の健康保険に加入した (加入日:令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2. 被保険者が死亡した (死亡日:令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 3. 任意継続被保険者でなくなることを希望する <input type="checkbox"/> 4. 後期高齢者医療制度の被保険者になった <input type="checkbox"/> 5. その他( )		新たな保険証のコピーを貼り付けてください  新たな被保険者証(写)貼付欄	
	資格喪失日	令和××年××月××日			

SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合理事長 殿

受付印

令和××年××月××日

被保険者氏名 **健康 太郎**  
(請求者氏名)

### 【この届出書に添付して提出するもの】

- SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合の「健康保険被保険者証」  
・被保険者(ご本人)および、その被扶養者(ご家族)の方に交付されているもの全て回収します。  
・「限度額適用認定証」「特定疾病療養受療証」「高齢受給者証」等も回収します。
- 再就職等で新たに取得した健康保険被保険者証の写し  
・健康保険の重複加入防止のため、新保険証の資格取得日の確認を行います。

### 【留意事項】

- 資格を喪失した月の保険料は必要ありません。既に保険料を納付いただいている場合は後日返金いたします。ただし、資格取得した月と資格喪失した月が同じ月の場合は、1ヶ月分の保険料が必要となりますので、保険料の返金はありません。
- 被保険者が死亡したため、相続人が前納保険料の還付を請求するときは、次の書類を添えてください。  
イ) 被保険者であった者の死亡を明らかにすることができる書類  
ロ) 先順位の相続人であることを明らかにすることができる書類  
また、保険料の還付先として請求者の方の銀行口座を下記に記入してください。

振込指定金融機関				
金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
〇〇銀行	〇〇支店	普通・当座	×××××××	(フリガナ) ケンコウ タロウ 健康 太郎