

健 保 記 入 欄	資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	任継資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	業務課確認欄	入力 <input type="checkbox"/>	返金の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	総務課への連絡 <input type="checkbox"/>		
	総務課確認欄	入力 <input type="checkbox"/>	返金処理 <input type="checkbox"/>	納付証明送付 <input type="checkbox"/>		

常務理事	部長	課長	係長
		担当	担当

**任意継続 資格喪失申出書及び保険料還付請求書／  
登録内容変更届／証明書交付申請書**

大阪府信用金庫健康保険組合 理事長 殿

提出日 令和 年 月 日

保険証番号 (右づめ)		被保険者氏名	(フリガナ)
1	00		Ⓜ
被保険者の生年月日		年齢	被保険者の住所
昭和	年 月 日	歳	〒 -
平成	年 月 日		電話番号 ( ) -
令和			

下記の事由に該当したため、次のとおり申出します。

資格喪失申出及び保険料還付請求	資格喪失理由	<input type="checkbox"/> 就職したため (健康保険の資格を新たに取得した) (船員保険も含む)	→	こちらに新たに加入された保険証の写しを貼付してください (扶養家族分も含む) ※貼付欄が足りない場合は裏面に貼付してください			
		<input type="checkbox"/> 就職したため (国民健康保険組合の資格を新たに取得した) ※健康保険被保険者適用除外承認証の写しを添付してください		<b>被保険者本人分</b>			
		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度の被保険者となったため		家族分			
		<input type="checkbox"/> 特定受給者等の国民健康保険料 (税) の軽減措置に該当するため		家族分			
		<input type="checkbox"/> 被保険者本人が死亡したため※法定相続人の戸籍謄本 (原本) を添付してください		家族分			
被保険者証等返却確認 ※返却するものに印して下さい			死亡年月日	令和	年	月	日
交付物	被保険者分	被扶養者分	届出人 (法定相続人)	フリガナ		Ⓜ	続柄
被保険者証	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 滅失	枚 <input type="checkbox"/> 滅失		氏名			
限度額適用認定証	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 滅失	枚 <input type="checkbox"/> 滅失		住所	〒 -		
高齢受給者証	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 滅失	枚 <input type="checkbox"/> 滅失	※健保組合へ申請の必要がある場合、埋葬料 (費) 申請書を提出してください (添付書類含む・当組合HP掲載あり)				
保険料等還付金口座 (請求者の口座)	(銀行コード)	(支店コード)	口座番号 (右づめ)				
	銀行 信用金庫	支店	普通当座				
	口座名 (カタカナで記入)						

登録内容変更	変更項目	変更前		変更後	
	フリガナ		性別		性別
	氏名				
	住所	〒 -		〒 -	
電話番号	-	-	-	-	

証明書交付	<input type="checkbox"/> 納付証明書	発行理由	<input type="checkbox"/> 領収書等を紛失したため <input type="checkbox"/> 手続きに必要なため <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 喪失証明書	証明期間	平成・令和 年度 (平成・令和 月 ~平成・令和 月納付分)

健保記入欄 喪失証明送付

受付印