村田製作所健康保険組合			
常務理事	事務長	確認	受付

村田製作所健康保険組合　理事長殿

健康保険　任意継続被保険者
資格喪失申出書　兼　保険料還付請求書

下記の理由により、任意継続被保険者の資格を喪失いたします。
また、資格喪失後の支払い保険料がある場合は、お届けしています給付金振込先口座へ還付請求いたします。

記入年月日
令和　　年　　月　　日

保険証の記号－番号	被保険者氏名	生年月日
ー	㊞	1.昭和 2.平成　　年　　月　　日
住所		**☎日中連絡可能な番号**
〒　　ー		※お問合せの際に利用します
		メールアドレス
		※お問合せの際に利用します

該当の番号に「〇」をし、必要書類を貼付けてください。

資格喪失理由	必要書類
① 就職・起業等で他の健康保険に加入したため	新しい保険証の写し
② 後期高齢者医療制度の被保険者となったため	後期高齢者医療制度の保険証の写し

＜村田健保に返却してください＞

- □ **村田健保の保険証（本人・家族分全て）**
- □ **「限度額適用認定証」（該当者のみ）**
- □ **「高齢受給者証」（該当者のみ）**

【注意】
村田健保の保険証は、就職日以降（次の健康保険の資格取得日以降）使用できません。誤って受診された場合は、後日、医療費の返還請求をさせていただきます。

次のお勤め先にて交付された
新しい保険証のコピーを貼付けてください
（本人分のみ）

受付日付印

※個人情報の保護について ： この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。

R1.12

健保記入欄	資格喪失日	保険料納付状況	返金
	令和　　年　　月　　日	令和　　年　　月まで納付	有 ・ 無