

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
生年月日	
1.昭和 2.平成	年 月 日
☎日中連絡可能な番号	
※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	

保険証の記号－番号	被保険者氏名	生年月日
—		1.昭和 2.平成
住所		☎日中連絡可能な番号
〒 —		※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「○」をし、必要書類を貼付けてください。

資格喪失理由	保険証の使用期限	必要書類
① 被保険者本人の申し出による (国民健康保険に加入・家族の被扶養者となる等)	申出された月の末日まで	なし
② 就職・起業等で他の健康保険に加入したため	健康保険加入日の前日まで	新しい保険証の写し
③ 後期高齢者医療制度の被保険者となったため	同上	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、上記の使用期限以降は使用できません。誤って受診された場合は、後日、医療費の返還が必要となります。

2・3の場合  
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。

R3.12

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