任意継続被保険者資格脱退届 兼 保険料還付金請求書

りそな健康保険組合
理事長　殿

2024 年　12 月　2 日

住所　〒 123 － 4567
大阪市中央区備後町2-2-1

被保険者
氏名（自署）　りそな　太郎

生年月日　1970 年 12 月 13 日

電話番号　012 － 345 － 6789

私は下記理由により、りそな健康保険組合の任意保険資格を脱退します。
保険料の口座振替を依頼している場合は翌月以降の口座振替を停止し、納付済保険料の還付がある場合は請求します。

被保険者の記号と番号	記号	番号	資格喪失証明書の要・否	要　・　否（否を○）
	4099	99999		

脱退の理由

1～3のいずれかを○で囲んでください。

1. 健康保険(組合健保、協会けんぽ、共済組合等)の被保険者となった
   新たに加入した健康保険の資格取得日：　2024 年 10 月 1 日
   ※ 新たに交付された「資格情報のお知らせ」、「資格確認書」のうち、いずれかの写しを添付してください。
   （「氏名」、「資格取得日」を確認します。その他の情報は適宜消去してください）
   必ず添付してください。

2. 被保険者が死亡した　死亡日：　年　月　日

3. その他（上記1、2以外の理由）
   当組合が本届を受理した日の翌月1日に資格喪失となります。
   国民健康保険に加入される、家族の被扶養者になる場合はこちら

還付金の振込口座	りそな 銀行	普通預金口座番号	1234567
	大阪営業部 支店	預金者氏名	りそな　太郎

資格確認書について

1．交付されていません　2．本届に添付します　3．廃棄しました
4．後日郵送します　5．その他（　　）

返却が後日となる場合の返却方法について、1～3のいずれかを○で囲んでください。

※ 資格確認書（被扶養者分を含む）、高齢受給者証、限度額適用認定証、特定疾病療養受療証は、原則本届と一緒にご返却ください。
（上記脱退理由が3の場合は、資格喪失日以降速やかにご返却ください）

資格脱退後は資格確認書は使用することは出来ません。もし使用された場合は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受ける恐れがありますのでご注意ください。

〔通信欄〕
脱退後に連絡する場合がありますので、氏名・住所・電話番号等を変更される場合にご記入下さい。

備　考

※ 口座振替を停止する場合は、停止月の前月20日までにこの脱退届を提出してください。

※ 被保険者の記号・番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

【健保使用欄】

常務理事	検印	担当

納付証明書発行	
資格喪失証明書発行	