

健保捺印欄			
常務理事	事務長	室長	担当者

トヨタ販売連合健康保険組合 御中

任意継続被保険者の喪失申出書及び過誤納保険料還付請求書

太枠内のみご記入ください

保険証記号番号	記号	番号※				被保険者氏名
	990					
住所	〒				電話	()
	資格喪失事由 喪失事由を選択のうえ□に✓と資格喪失日をご記入ください ※添付書類①②を同封のうえ、健保組合にご郵送ください		資格喪失日(再就職日)	令和 年 月 日		
資格喪失事由	□ 就職		添付書類	①当組合の保険証(紛失の場合は滅失届) ②就職先の保険証のコピー		
	□ 死亡		資格喪失日(死亡日の翌日)	令和 年 月 日		
還付保険料振込先口座 (原則、被保険者名義)	銀行 信用金庫 農協		支店 出張所	名義	口座番号(右詰め)	
	金融機関コード	支店コード	預金種別	普通・当座・貯蓄		
<p>上記のとおり、任意継続被保険者の資格喪失を申し出ます。 なお、保険料の還付が生じる場合は上記口座(未記入の場合は、加入時に登録した給付金の振込口座)に還付を請求します。 令和 年 月 日 申請者： _____ 被保険者との続柄(本人以外の場合)： _____</p>						

※個人番号の記載可

【↓健保組合記入欄のため、記入しないでください】

納付方法	各月	自動引落	前納	還付日		
還付金額	一般(1-1-1)	基本	}	証回収日	添付	滅失
		特定				
	調整(2-1-1)		健	受付印		
	介護(1-1-1)		介			
合計		円				

保険証を当組合に返送していただく際のお願い

保険証は、医療機関等で受診する際に健康保険を受けられる資格を証明するものですが、身分証明等にも利用されます。当組合に保険証のご返却をしていただく際は、個人情報保護の徹底や安全性の向上を図るため、保険証に大きく「無効」と記載してご返送下さいますようお願い致します。

なお、簡易書留でのご返送をおすすめします。

返送先：〒461-0001 名古屋市東区泉1丁目23-36NBN泉ビル3F
トヨタ販売連合健康保険組合