

常務理事	事務長	担当者

任意継続保険料還付請求書(兼資格喪失届)

確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。※左記の確認欄にチェックをお願いいたします。
<input checked="" type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者又は被扶養者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者証の番号・記号	記号 9955	番号 1111					
被保険者名	健保 太郎						
生年月日	昭和・平成 60	年	1	月	1	日	
住所	〒174-0052 東京都板橋区蓮沼町74-6						
還付請求・ 資格喪失 事由 該当番号を○印で囲 んでください	1. 再就職し他健康保険組合の被保険者資格を取得したため 新しく加入された健康保険から発行される「資格情報のお知らせ」又は「資格確認証」のコピーの添付。 トプコン健康保険組合の「健康保険証」・「資格確認証」をお持ちの場合は返却ください(家族分含む)						
	他保険に加入された日	令和 7	年	1	月	1	日
	2. 申出により任意継続保険の資格を喪失したため トプコン健康保険組合より「資格喪失証明書」をお送り致します。						
	本人申出日	令和	年		月		日
3. 被保険者の死亡のため 「埋葬料支給申請書」(添付書類含む)と、トプコン健保組合の「健康保険証(ご家族分も)」 の本証を添付してください							
死亡日	令和	年		月		日	

申請日 令和 7 年 2 月 1 日

申請者氏名	健保 太郎					被保険者との 続柄	本人							
住所・電話	〒174-0052			電話	03-3966-1244									
		東京都板橋区蓮沼町74-6												
※還付金の振込先	〇〇		銀行	〇〇		支店	普通 預金	1	1	1	1	1	1	1
金融機関・コード	1	1	1		1	1	1							
※還付金の振込先は、被保険者は健保登録済みの口座となりますので記入不要です。被保険者死亡の場合は「埋葬料支給申請書」に記入された申請書の口座に振込まれますので記入不要です。														

健保記入欄

還付金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	還付の対象 となる期間	令和 年 月分から 令和 年 月分まで	還付請求金額	円
-----	---	----------------	------------------------	--------	---