

| 健康保険組合 | | |
|--------|-----|-----|
| GL | 担当者 | 担当者 |
| | | |

任意継続被保険者

資格喪失届 兼 保険料還付請求書

健康保険の記号・番号は、①マイナポータル、
②資格情報のお知らせ、③健康保険証、
④資格確認書のいずれかでご確認ください

-12-1
任継担当宛

* 太枠内を楷書で明確に記入してください。

| | | | | |
|--|--|--------------------|---|---------|
| 被保険者等 | | 被保険者氏名 | 被保険者生年月日 | |
| 記号 | 番号 | | | |
| 999* | 9876 | 健保富士雄 | 昭和 平成 | 45年6月7日 |
| (番号に○をつけてください) | | 資格喪失理由 | | 添付書類 |
| ↓ | 資格喪失理由の発生日を記入してください | | | |
| ① | 就職し他健保の被保険者となったため | 資格取得日：平成・令和7年10月1日 | ①新しく加入した健康保険の資格取得日が分かる書類のコピー (例) 「資格情報のお知らせ」 「資格確認書」 「マイナポータルわたしの情報」 | |
| 2 | 65歳以上で障害認定を受けたことにより、後期高齢者医療広域連合の被保険者になったため | 資格取得日：平成・令和 年 月 日 | ②「健康保険証」「資格確認書」「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受領証」をお持ちの方(被扶養者分も含む)は添付ください。 | |
| 3 | 死亡したため | 死亡日：平成・令和 年 月 日 | ①「埋葬料請求書」 ②「健康保険証」「資格確認書」「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受領証」をお持ちの方(被扶養者分も含む)は添付ください。 | |
| 資格喪失証明書が必要な方はチェックをしてください。 | | | | |
| 資格喪失証明書の交付： <input type="checkbox"/> 必要 (必要な場合は□に✓を入れてください) | | | | |
| <p>※ 資格喪失届を送付する際は、返納する健保証(該当の方はその他の各種証も含む)および添付書類を同封しているか、必ずご確認ください。付を請求いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和7年10月9日</p> <p>富士フィルムグループ健康保険組合 理事長殿</p> <p style="text-align: center;">被保険者 住所 神奈川県西足柄市大沼5-4-3 (本人死亡時は申請者)</p> <p style="text-align: center;">氏名 健保富士雄</p> | | | | |
| 【保険料の還付が発生する場合】 | | | | |
| <p>※ 資格喪失理由が1・2の場合、任意継続加入時に登録した口座へ振込みます。</p> <p>※ 資格喪失理由が3の場合、埋葬料請求書に記入された口座へ振込みます。</p> | | | | |
| 資格喪失年月日(健保にて記入) | | 平成・令和 年 月 日 | | |