

健 保 使 用 欄	常務理事	事務局長	担当課長	担当者

様式 T07-3

経済産業関係法人健康保険組合  
任意継続被保険者資格喪失申出書（兼 保険料還付請求書）

被保険者証の記号－番号	9999	－	
氏名および捺印	(フリガナ)		印
	※被保険者が自ら署名する場合は押印不要		
生年月日	昭和・平成	年	月 日
住所・電話番号	〒	－	TEL
		都道府県	

1. 資格喪失の申し出

次の事由により任意継続の資格喪失を申し出ます。

資格喪失年月日	令和	年	月	日	←新しく加入した健康保険の資格取得日をご記入ください。
事由(いずれかに○)	ア. 就職し、協会けんぽ又は他の健保組合等の被保険者となった イ. 当組合の適用事業所に就職し、被保険者となった (事業所名 ) ウ. 75歳未満だが認定を受けて後期高齢者医療制度に加入した				
保険料の還付の有無	ア. 有 (下記2. も記入してください) イ. 無 (下記2. の記入は不要です)				

2. 保険料の還付請求

上記の理由により任意継続の資格を喪失したので前納未経過分等の保険料の還付を請求します。

還付請求金額		円	←必ず当組合に金額を確認のうえご記入ください。
還付先希望口座	金融機関名		
	支店名		
	口座種別・番号	普通・当座	
	口座名義	(フリガナ)	

<この申出書に次の2点を添付して、当組合に提出してください。>

- ① 当組合の保険証カード(被扶養者もいる場合は全て)
- ② 新たに加入した健康保険の保険証の写し(被保険者分のみで結構です)

※高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けている場合はすべて添付してください。

※紛失により保険証を添付できない場合は、健康保険被保険者証滅失届(様式T05)を添付してください。

提出先: 〒105-0001

東京都港区虎ノ門2-2-5-9F