

(秘密)

この申請書を提出される前に、必ず当健保へご連絡ください。

オムロン健康保険組合理事長 様

以下の喪失事由により、任意継続被保険者制度を脱退したく申し出いたします。また、既に払い込みしている保険料がありましたら還付いただきますようお願いいたします。

常務理事	事務長	担当者
------	-----	-----

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 兼 保険料還付申請書

		記入年月日	
		令和	年 月 日
被 保 険 者	被保険者等の記号・番号		氏名 * 自署の場合は押印不要
	(記号)	(番号)	印
	40		
	生年月日		
	○ 昭	年 月 日	連絡先 (自宅電話または携帯電話番号)
○ 平			
住所 〒 —			

下記の該当理由にチェックし、必要書類を添付したうえで郵送してください。

「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」を交付されている方（ご家族分含む）は、あわせて返納願います。（任意脱退については、喪失後返納ください）

資格喪失理由（※）	必要書類等
☐ 就職して他の健康保険に加入したため <新健康保険組合の資格取得日> 令和 年 月 日	新しい就業先の健康保険の資格情報がわかるもの 以下 1～3 のいずれかのコピー 1. 資格情報のお知らせ 2. 資格確認書 3. マイナポータルの「医療保険の資格情報」
☐ 65～74歳で一定の障害状態にあることで 後期高齢者医療広域連合の認定を受けたため	・ 後期高齢者医療被保険者証のコピー
☐ 資格喪失の申し出をする（任意脱退） ※申し出が受理された日の属する翌月1日に資格喪失となります。 ※申し出が受理された日とは、この申請用紙が健康保険組合に届いた日となります。	

・還付金が発生する場合は、既に登録の「預金口座自動振替の口座」に振り込みます。

・資格喪失理由が「期間満了」「死亡」の場合、本申請は不要です。

健康保険組合記入欄

書類受付日	令和 年 月 日
資格喪失日	令和 年 月 日
還付金 有 ・ 無	対象期間 令和 年 月分 ～ 令和 年 月分

【提出先】〒600-8530
京都市下京区塩小路通堀川東入
オムロン健康保険組合 任意継続担当宛
TEL：075-344-7190