

| | | |
|------|------|------------------------------|
| 送付先 | 宛名 | TOTO健康保険組合 宛 |
| | 住所 | 〒802-8601 福岡県北九州市小倉北区中島2-1-1 |
| 問合せ先 | 電話番号 | 093-951-2182 |

任意継続被保険者 資格喪失届 兼 保険料還付請求書

- ◆任意継続被保険者がTOTO健康保険組合を脱退するための手続きです。
事由に応じて、添付資料（★）を添付してください。
- ◆資格喪失日以降は、TOTO健康保険組合の保険証は使用できません。
万が一使用された場合は、TOTO健康保険組合が負担した医療費を請求させていただきます。

TOTO健康保険組合 御中

下記事由に該当するため、次の通り申出・請求します。

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---------------------------------|--|----------|----|-----|--|---------|---|---|---|--|
| | | | | | | 届出日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| 保険証の 記号・番号 | 記号 | 105 | 番号 | 氏名 | 連絡先 | - | - | | | | |
| 住所 | 〒 - | | | | | | | | | | |
| 喪失事由 および 添付資料 (★) | 喪失事由 | 事由発生日 | | | | 添付資料 (★) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 就職 | 令和 年 月 日 | | | | <input type="checkbox"/> 新しい資格取得日が確認できる証明書の写し (資格情報のお知らせなど、資格取得日が記入されている面) <input type="checkbox"/> TOTO健康保険被保険者証または資格確認書 (発行されている方) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 脱退申出 | ※本申請書が健康保険組合に到着した日の翌月1日 | | | | TOTO健康保険被保険者証または資格確認書(発行されている方) ※本申請書を提出した翌月5日までに返却してください。 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 被保険者死亡 | 令和 年 月 日 | | | | <input type="checkbox"/> 死亡診断書等死亡日が記載された書類(写) <input type="checkbox"/> TOTO健康保険被保険者証または資格確認書 (発行されている方) | | | | | |
| | | 届出人 (法定相続人) | 氏名 | 続柄 | 連絡先 | - | - | | | | |
| | | 〒 - | | | | | | | | | |
| 還付金 振込先口座 | 銀行名 | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 労働金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 信用金庫 | | | | 支店名 | | | | | |
| | 種別 | 普通 | 口座 番号 | | | 口座 名義人 | ※カタカナ記入 | | | | |

【注意事項】

- ① 保険料の還付が発生する場合、20日締当月末に還付金振込先口座へ振り込みます。
- ② 高齢受給者証(70歳以上の方)・限度額適用認定証をお持ちの方は、添付資料と併せて送付ください。

【健康保険資格喪失証明書について】

※ 国民健康保険へ加入される場合やご家族等の扶養に入られる場合など、加入先の健康保険より資格喪失証明の提出を求められる場合があります。
必要な場合はチェックしてください。

| | |
|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | 健康保険資格喪失証明書を希望します。 |
|--------------------------|--------------------|

「健保使用欄」

受付日

| | | | | | | |
|-------|-----------------------------------|-------|------|--|-------|---|
| 資格喪失日 | 令 年 月 日 | 証回収 | 枚 | うち | 被扶養者分 | 枚 |
| 還付金 | 有・無 | 喪失後受診 | 有・無 | 不足書類 <input type="checkbox"/> 保険証・資格確認書 (日限: / 電話・手紙) <input type="checkbox"/> 新しい保険証(写) <input type="checkbox"/> 死亡診断書等 | | |
| 還付期間 | 令 年 月 ~ 令 年 月 | | | | | |
| 還付金内訳 | <input type="checkbox"/> 添付別紙のとおり | | 常務理事 | 事務長 | 担当 | |