決裁	常務理事	事務長	課長	担当者

健康保険　任意継続被保険者
特例退職被保険者資格喪失申出書 兼 保険料還付請求書

被保険者	記号		被保険者氏名	
	番号		被保険者生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和
資格喪失理由 （該当する番号へ、〇を付けて下さい）	①　再就職し他保険の被保険者となったため（令和　　年　　月　　日資格取得） （資格情報のお知らせまたは資格確認書等のコピーを添付してください） ②　65歳以上75歳未満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となったため　（令和　　年　　月　　日資格取得） （資格情報のお知らせまたは資格確認書等のコピーを添付してください） ③　被保険者が死亡したため（令和　　年　　月　　日死亡） ④　資格喪失したいため（健康保険組合がこの届出を受理した日の翌月1日資格喪失）			

上記のとおり資格を喪失したことを申出します。
この申出により保険料の還付が生じる場合は、還付を請求します。
また、資格喪失日以降に貴保険組合の保険証を誤って利用して医療機関を受診した場合は、貴保険組合に対し医療費の返還義務があることを認識し、貴保険組合からの返還請求に応じます。

令和　　年　　月　　日

BIPROGY健康保険組合　御中

郵便番号 _____

住　　所 _____

氏　　名 _____（自　署）

資格喪失理由が ③被保険者死亡の 場合のみ記入	銀　行	支　店	普通・当座
	口座番号	フリガナ 口座名義	

（ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません）

（請求上の注意）

・被保険者死亡の場合、氏名欄には相続人を記入してください。なお、別途確認書類をお願いすることがあります。

・資格喪失理由①～③の場合、本申請書と共に保険証等をご返却下さい。

・資格喪失理由④の場合、本申請書の提出月の翌月1日以降、資格喪失通知書を送付しますので、保険証等は速やかにご返却下さい。

2024年12月版