



常務理事	事務長	係	係

任意継続被保険者 資格喪失 保険料還付請求 申請書

被 保 険 者 又 は 申 請 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号・番号	記号 9 9	番号	被保険者 氏名	生年 月日	年 月 日	
	被保険者の 住所	〒			電話 番号		
	資格喪失 年月日	年 月 日		資格喪失 理由	1. 就職 2. 死亡 3. その他( )		
	被保険者死亡 の場合の申請 であるときは申 請者の	氏名	被保険者 との続柄		電話 番号		
	資格喪失日後 の受診の有無	資格喪失日以降に 当組合の保険証で	受診した ・ 受診していない		受診者 の氏名		
	還付金の 振込みを 希望する 金融機関	金融機関 の名称	銀行 信用組合 農 協 信用金庫 労働金庫			支店 本店	預金 種別 普通
	※郵便局不可	口座番号	口座名義 (カナ記入)				
	ゼネラル健康保険組合 理事長殿						
	上記のとおり申請します。						
	住所 申請者の 氏名 印 電話番号 ( )						

【注意事項】

- 資格喪失年月日は、就職で当組合以外の健康保険の被保険者資格を取得した場合は、新たに加入された健康保険の資格取得日を、被保険者が死亡した場合は死亡した日の翌日の日付けを記入してください。
- 資格喪失理由が就職の場合であるときは、新たに加入された健康保険の健康保険証の写しを添付してください。
- 資格喪失理由が死亡の場合は、死亡を証明する書類(死亡診断書等の写し等)を添付してください。
- 当組合の健康保険証を返却していない場合は、必ず添付してください。
- 保険料還付額は、当組合の資格喪失年月日の属する月から保険料の納付が済んでいる月までです。
- 当組合の資格喪失日以降に、当組合の健康保険証で受診されている場合は、後日医療費を請求させていただくか又は保険料還付額から相殺させていただくことがありますので、予めご了承ください。

健 保 組 合 記 入 欄	還付額	円	還付 期間	年 月から 年 月まで	保険証 回収日	年 月 日
	入金 年月日	年 月 日	入金分	備考		
	期 間	金 額	ウチ一般	ウチ調整	ウチ介護	
	内 訳	円	円	円	円	円

受付日付印