

記入見本

任意継続 資格喪失申出書(兼還付請求書)

ご記入日

下記の事由に該当したため、申出します。

令和 年 月 日

記号・番号	4000 - 1234	被保険者氏名	太陽 花子	生年月日	昭和 平成 令和	△年 6月 □日
住所	〒 143-△△△△		電話	090 (●●●●) △△△△		
	東京都大森北〇-×-■					

※該当するものに必要事項または✓を記入してください。

資格喪失事由	<input checked="" type="checkbox"/>	①再就職したため (新たに被保険者資格を取得した)	資格喪失日 (新たに資格取得した日)	令和 〇年 7月 □日
	<input checked="" type="checkbox"/>	②被保険者でなくなることを希望するため	資格喪失日 (申出月の翌月1日)	令和 〇年 8月 1日
	<input checked="" type="checkbox"/>	③被保険者死亡のため	死亡した日	令和 〇年 9月 ××日

【例】
資格喪失申出書受理日：7月10日
任意継続資格喪失日：8月1日

届出人 太陽 一郎 続柄 夫
(法定相続人氏名)

住所 〒 143-△△△△ 電話 090 (△△△△) ●●●●
東京都大森北〇-×-■

添付書類は「埋葬料」の請求と同じです。
「埋葬料」は当組合のホームページを確認し、書類をご用意ください。
「太陽生命健康保険組合」と検索→Home→手続き・申請→亡くなったとき 参照

還付請求書

<input type="checkbox"/> 保険料引落口座への振り込みをお願いします		※振込方法が「月払い」の方のみ選択可能				
<input checked="" type="checkbox"/> 右記口座に振込をお願いします 「被保険者名義」の口座 ③(死亡)の場合は「法定相続人」の口座	健康	銀行	支店	普通預金	口座番号	0159753
	0 9 8 7 6 5 4				フリガナ	タイウ イロウ
※振込先の選択がない場合は、当組合に登録がある口座へお振込みします					口座名義	太陽 一郎

還付の有無に関わらず、ご記入ください。

TEL: 03-5767-7123~4 FAX: 03-3764-3760