

# 任意継続被保険者資格喪失申出書 兼 保険料還付請求書

MBK連合健康保険組合 御中

下記の事由により任意継続被保険者の資格喪失を申し出いたします。

また、資格喪失後の支払保険料がある場合は返金の請求をいたします。

届出日 令和 年 月 日

被保険者証	記号	900	被保険者氏名	
	番号		生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所	〒 -			
電話番号	( )			

喪失事由の □に✓して ください	<input type="checkbox"/> 就職先の健康保険に加入したため ※添付書類：①MBK連合健康保険組合の保険証 ②就職先の保険証のコピー
	<input type="checkbox"/> 死亡したため ※添付書類：①MBK連合健康保険組合の保険証 ②死亡診断書または死体検案書の写し
	<input type="checkbox"/> 上記以外の理由により喪失希望 (申出書受理日の翌月1日が喪失日となります) ※保険証は資格喪失日以降、ご返却ください。

喪失事由を「死亡したため」に✓をした方は、以下をご記入ください。

※届出者が当組合の被扶養者以外の場合、被保険者との関係が分かる戸籍謄本が必要です。

※埋葬料についても請求可能です。「埋葬料請求書」を当組合ホームページよりダウンロードしてご提出ください。

届出者氏名		住所		
(フリガナ)		〒 -		
続柄		電話番号	( )	
金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義(カナ)
	本店 支店	普通・当座		

健康保険組合記入欄	
資格喪失年月日	令和 年 月 日
保険料還付	有 ・ 無
喪失証明送付日	令和 年 月 日

受付印