

記入例

常務理	事務長		担当者

※ダスキン健康保険組合にご提出ください

健康保険任意継続被保険者資格喪失 兼 保険料還付申請書

申請書の記入日をご記入ください

被保険者	記号 2000 番号 2000	記入日	令和 3 年 月 日
被保険者氏名 (フリガナ)	ケンボ イチロウ	生年月日 昭和 平成	45 年 12 月 25 日
(本人)	健保 一朗		
住所	〒 564-0051 大阪府吹田市豊津9-1 TEL 06-6821-5095		

●下記の表の該当の番号に○印をし、必要書類を添付してください。

	資格喪失の理由	必要書類
1	就職して他健保に加入したため	・新しい保険証等の写し
2	65～74歳で一定の障害状態にあるため / 広域連合の認定を受けたため	・後期高齢者医療被保険者証等の写し
3	被保険者が死亡したため	
※4	上記1・2・3以外の理由で脱退を希望するため	

※4については資格喪失申出書を受理した日の翌月1日が資格喪失日となります。

<必須>

●ダスキン健康保険の保険証等（ご本人・ご家族様分全て）は喪失日以降に速やかに返納いただきますようお願いいたします。また、高齢者受給者証等をお持ちの方はあわせて返納ください。

【留意事項】

- ①「限度額適用認定証」「特定疾病療養受療証」の交付を受けている場合はご返却ください。
- ②新しい保険証等の写し（被保険者本人分のみ）は、適正に資格喪失日を確認するために必要ですので新しい会社の資格取得日が確認できるもの（資格情報のお知らせの写しなど）を必ずご提出ください。
- ③資格喪失した月の保険料は必要ありません。すでに保険料を納付いただいている場合は後日返金いたします。ただし、資格取得した月が同じ月の場合は、1ヵ月分の保険料が必要になりますので、保険料の返金はありません。
- ④保険料の返金は、本申出書兼請求書が届いた月の翌月20日になります。

(健保記入欄)

資格喪失年月日	令和 年 月
被扶養者	無 ・ 有 (人)
被保険者証等回収	添付 ・
保険料の返還	無 ・ 有 (年

申請書提出先

ダスキン健康保険組合

〒564-0051

大阪府吹田市豊津町9-1

お問合せ先

06-6821-5095