（秘密）

この申請書を提出される前に、必ず当健保へご連絡ください。

オムロン健康保険組合理事長 様

以下の喪失事由により、任意継続被保険者制度を脱退したく申し出いたします。また、既に払い込みしている保険料がありましたら還付いただきますようお願いいたします。

常務理事	事務長	担当者

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

記入年月日
令和　　年　　月　　日

	証記号	証番号	氏名　＊自署の場合は押印不要
被保険者	40		印
	生年月日		連絡先（自宅電話または携帯電話番号）
	○ 昭 ○ 平　　年　　月　　日		
	住所　〒　　ー		

下記の該当理由にチェックし、必要書類を添付したうえで郵送してください。

「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受領証」をお持ちの場合、一緒に返納願います。

資格喪失理由（※）	必要書類等
□　就職して他の健康保険に加入したため ＜新健康保険組合の資格取得日＞ 令和　　年　　月　　日	●新しい健康保険証のコピー ●オムロン健康保険組合の保険証（家族分含む）の返却
□　65～74歳で一定の障害状態にあることで後期高齢者医療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のコピー ●オムロン健康保険組合の保険証（家族分含む）の返却
□　資格喪失の申し出をする（任意脱退） ※申し出が受理された日の属する翌月1日に資格喪失となります。喪失日以降、保険証を返却ください。 ※申し出が受理された日とは、この申請用紙が健康保険組合に届いた日となります。	

・還付金が発生する場合は、既に登録の「預金口座自動振替の口座」に振り込みます。

・還付手続きは、新しい健康保険証のコピーとオムロンの保険証が返却されてからの処理になります。

（※）資格喪失理由が「期間満了」「死亡」の場合、本申請は不要です。

【提出先】〒600-8530
京都市下京区塩小路通堀川東入
オムロン健康保険組合　任意継続担当宛
TEL：075-344-7190　　FAX:075-344-7126

健康保険組合記入欄

還付金　有　・　無	対象期間　令和　　年　　月分 ～ 令和　　年　　月分