

(秘密)

オムロン健康保険組合理事長 様

常務理事	事務長	担当
------	-----	----

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
被 保 険 者	証記号	証番号	氏名
	40		(印) *自署の場合は押印不要
	生年月日		連絡先 (自宅電話または携帯電話番号)
	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年 月 日	
住所 〒 -			

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
<input type="checkbox"/> 就職して他健康保険に加入したため <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"><新健康保険組合加入の年月日> 平成・令和 年 月 日</div>	<ul style="list-style-type: none">●新しい職場の健康保険証のコピー (正しく資格喪失日を確認するため)●オムロン健康保険組合の保険証 (家族分含む) の返却
<input type="checkbox"/> 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	<ul style="list-style-type: none">●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

- ・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た時点で行います。

(※) 資格喪失理由が「期間満了」「死亡」の場合、本申請は不要です。それ以外の喪失理由の場合は、
直接当健康保険組合へご連絡下さい。

【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	還付対象期間 平成・令和 年 月分 ~ 平成・令和 年 月分
---------	--------------------------------