

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

資格確認書、資格情報のお知らせ、保険証のいずれかに記載されている記号（2桁）・番号（6桁）をご確認ください。

記入年月日

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

被 保 険 者	被保険者等の記号・番号		氏名 *自署の場合は押印不要	
	(記号)	(番号)		
	40	○○○○○○	健保 太郎 <span style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>	
	生年月日		連絡先（自宅電話または携帯電話番号）	
◎ 昭	○ 年 ○ 月 ○ 日	○○○-○○○○		
○ 平				
住所 〒	○○○-○○○			
○	○○○○○			

【被保険者氏名欄】  
Excelに入力した場合は、**押印必要**。  
自署の場合は、押印不要。

下「」いずれかにチェックしてください。 [「限度額適用認定証」持病療養費支給証」をお持ちの場合、返納願います。（任意脱退については、喪失後返納ください）

資格喪失理由（※）	必要書類等
<input checked="" type="checkbox"/> 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>●新しい職場の資格確認書、資格情報のお知らせ、健康保険証のいずれかのコピー</li> <li>●オムロン健康保険組合の資格確認書、または保険証（家族分含む）の返却</li> </ul>
<input type="checkbox"/> 65歳以上で、 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 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、資格確認書等を返却ください。 ※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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●後期高齢者医療被保険者証のコピー</li> <li>●オムロン健康保険組合の資格確認書、または保険証（家族分含む）の返却</li> </ul>

- ・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、新しい職場の資格確認書等のコピーとオムロンの資格確認書等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。

健康保険組合記入欄

記入不要

【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