

(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

以下の喪失理由により、特例退職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
------	-----	----

健康保険 特例退職被保険者 資格喪失 兼 保険料還付申請

			記入年月日	
			令和	年 月 日
被 保 険 者	証記号	証番号	氏名	
	19			
	生年月日		連絡先（自宅電話または携帯電話番号）	
	昭和	年 月 日		
住所 〒		-		

該当の脱退理由にチェックし、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。

脱退理由	必要書類等
<input type="checkbox"/> 就職して他の健康保険に加入する（した）ため ＜新しい健康保険組合加入の年月日＞ 令和 年 月 日	●オムロン健康保険組合の健康保険証 （家族分含む）の返却 ●新しい職場の健康保険証のコピー
<input type="checkbox"/> 被保険者が死亡したため ＜ご逝去日＞ 令和 年 月 日	●オムロン健康保険組合の健康保険証 （家族分含む）の返却 ●埋葬料（費）請求書/死亡診断書（コピー） 必ず事前にご連絡をお願いします。担当者がご案内します。
<input type="checkbox"/> 海外に住居を移す（した）ため ＜転出日＞ 令和 年 月 日	●オムロン健康保険組合の健康保険証 （家族分含む）の返却 ●転出届を出した後の住民票
<input type="checkbox"/> 被保険者が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	●オムロン健康保険組合の健康保険証 （家族分含む）の返却 ●後期高齢者医療被保険者証のコピー

・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となります。

健康保険組合記入欄

資格喪失日	令和 年 月 日
還付金 有・無	対象期間 令和 年 月分 ~ 令和 年 月分

【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
特例退職担当宛
TEL:075-344-7190