

任意繼續組合員資格喪失申出書(兼掛金還付請求書)

組 合 員 証								組 合 員 氏 名							
記 号				番 号				(フリガナ)							
300															
資 格 喪 失 事 由 (該当する番号に○をしてください)								資 格 喪 失 年 月 日							
1	就職により他の健康保険の被保険者、もしくは共済組合の組合員になったため							令和	年	月	日				
	(※新しい保険の資格確認書または資格情報のお知らせの写しを添付してください)														
2	任意継続組合員が死亡したため							令和	年	月	日				
	(死亡日の翌日)														
3	任意継続掛金を払込期日までに払い込まなかったため							令和	年	月	日				
	(払込期日の翌日)														
4	任意継続組合員でなくなることを希望する							令和	年	月	日				
	☐ 国保加入 ☐ 家族の被扶養者になる ☐ その他() (資格喪失証明書の郵送に使用しますので切手を同封してください)														
	上記のとおり、任意継続組合員の資格喪失を申し出ます。また、掛金に過納が生じたときは、還付請求します。														
	横浜市職員共済組合理事長														
	令和 年 月 日														
	住 所														
	申出者 氏 名											印			
	電 話 () ー														
還付金振込先	下記の金融機関に振込を希望します。														
	銀行 信用金庫								支店 出張所						
	口座番号 (普通預金)								(フリガナ) 口座名義人						

【注意】 この申出書には、「任意継続組合員証」、「任意継続組合員被扶養者証」、「資格確認書」を必ず添付してください。

資格喪失後に「組合員証」「資格確認書」等を使用し、医療機関を受診した場合は、当共済組合が負担した医療費を返還していただくことになります。ご注意ください。

〈共済組合記入欄〉

	月 日	月 日	月 日	月 日	備 考	
	医療給付課長	医療給付係長	起案者	公印承認	還付の有無	