ENEOSグループ健康保険組合　理事長 殿

任意継続 資格喪失申出書 保険料還付請求書

下記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

被保険者	記号	8888	番号	
氏　　名			生年月日	昭和 平成　　年　月　日
住　　所	〒			
電話番号 日中の連絡先	（　　） （　　）			
資格喪失理由	□就職して他健保に加入		□喪失の申し出	
資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日　（喪失申出の場合は記載不要）			

還付金の振込口座（請求者名義）	フリガナ			
	口座名義			
	金融機関名	銀　行 信用金庫 信用組合 農　協		本　店 支　店 出張所
	金融機関ｺｰﾄﾞ		（4桁）	（3桁）
預金種別	普　通	口座番号（右づめ）		
喪失証明書	□希望する	□希望しない（就職して他健保に加入の場合は記載不要）		

【就職して他健保に加入の場合の添付書類

① **当健保組合の被保険者証または資格確認書を交付されている方は返納してください。（被保険者および被扶養者の人数分）**

② **以下の書類のいずれかをご提出ください。**

・ 再就職先健康保険組合の資格確認書（写）・ 資格情報のお知らせ（写）

・ マイナポータルアプリからダウンロードした資格情報PDFファイル（写）等

以下は健保組合にて記載

還付金額		円			
内訳	健康保険料	円	月払計算分	令和　年　月分から 令和　年　月分まで	円
	調整保険料	円	前納計算分	令和　年　月分から 令和　年　月分まで	円
	介護保険料	円			
備　考					

受付日付印

常務理事	事務長	担当者

20241202