

# 任意継続被保険者資格喪失申出書

XX年 XX月 XX日

J-オイルミルズ健康保険組合理事長 様

令和XX年XX月XX日に就職いたしましたので、任意継続被保険者資格喪失を申請いたします。

※保険料の返金がある場合は銀行口座もご記入ください。

被保険者の 記号・番号	899 - 1000	生年月日	XX年 XX月 XX日
任意継続被保険者 の氏名	(フリガナ) ケンコウ タロウ 健康 太郎		健 印 康
任意継続被保険者 の住所	〒123 - 1234 〇〇県〇〇市〇〇町 123		電話 012 (3456) 7890

## 健康保険料返還請求書

納付した保険料について返還いただきたく申請いたします。

振込希望の銀行	〇〇銀行 〇〇支店 普通 当座 ( 1234567 ) 口座名義 (ご本人のみ) 健康 太郎
---------	--