

サンリオ健康保険組合理事長 殿

常務理事	事務長	確認	担当

任意継続被保険者資格喪失申出書 兼 保険料還付請求書

下記のとおり、任意継続被保険者の資格を喪失したく、喪失申出書を提出いたします。
また、還付金が発生する場合は、資格取得申出書に届出済みの現金給付等振込口座へ還付請求いたします。

健康保険の 記号・番号	3 4 -	氏名	
生年月日	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成		
住所	〒 -	電話(携帯)	

脱退の理由 ア・イ・ウ・エ からあてはまるものに○、必要事項を記入

ア 他の健康保険の資格を取得したため					
サンリオ健保 資格喪失日	新しい健康保険の 資格取得日	令和 年 月 日			
新しい健康保険の 記号・番号		記号: 番号:			
健康保険組合名称		名称:			
イ 後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者となったため					
サンリオ健保 資格喪失日	後期高齢者医療の 資格取得日	令和 年 月 日			
後期高齢者医療の 記号・番号		記号:			
都道府県後期高齢者医療広域連合の名		脱退理由ウの場合は、資格喪失(脱退)を希望する前月中に サンリオ健保へ確実に届くよう、余裕をもって発送してください			
ウ 任意での資格喪失を希望するため					
サンリオ健保 資格喪失日	この申出書をサンリオ健康保険組合が受理した日の翌月1日				
エ 被保険者死亡のため					
サンリオ健保 資格喪失日	死亡日の翌日	令和 年 月 日			
申出者氏名				被保険者 との続柄	
住所	〒 -	電話			
過誤納保険料 還付先	銀行	支店	普通預金 口座番号		
エの添付書類	(1)死亡診断書のコピーまたは除籍後の戸籍謄本 (2)相続人である申立書(当組合様式) (3)その他、サンリオ健康保険組合が指定する書類				
■ ア～エ 共通で添付して提出するもの					
・健康保険被保険者証(被保険者および被扶養者全員分、2025年12月1日まで)					
・高齢受給者証、資格確認書等(交付されている場合)					
・限度額適用認定証(交付されている場合)					
・限度額適用・標準負担額減額認定証(交付されている場合)					

注1) 事由ア・イ・ウで、保険料の還付が生じた場合は、資格取得申出書の指定口座へ返還します。
ただし、資格取得月と資格喪失月が同月の場合は、保険料の還付はありません。
注2) 資格喪失日以降にサンリオ健保の健康保険で受診された医療費は全額本人負担となります。