

任意継続被保険者資格喪失届(兼保険料還付請求書)

トヨタ自動車健康保険組合理事長 殿

●太枠内をご記入ください

健康保険証 等	記号・番号	1 9 -						被保険者 氏名	
資格喪失 還付請求 事 由 ◎該当欄□に チェックを記入	□就職	就職先の健康保険 資格取得日	年 月 日						
		添付するもの	◆任意継続時の健康保険証（交付者のみ）※1 ◆就職先の「資格情報のお知らせ」等のコピー※2						
	□死亡	死亡の翌日	年 月 日						
		添付するもの	◆任意継続時の健康保険証（交付者のみ）※1 ◆死亡診断書等死亡年月日が記載された書類のコピー						
	□後期高齢者 医療に加入	後期高齢者医療被保 険者の資格取得日	年 月 日						
		添付するもの	◆任意継続時の健康保険証（交付者のみ）※1 ◆後期高齢者医療被保険者証のコピー						
	□本人希望	資格喪失日	この届をトヨタ健保が受領した月の翌月 1 日						
		添付するもの	なし						

上記のとおり届け出いたします。
この届出により保険料の還付が生じる場合は、還付を請求します。※3

〒 ー 年 月 日

住 所 _____ Tel. (_____) _____

氏 名 _____ 被保険者との続柄 _____

※1: 2024/12/1 以降の加入者は、「資格確認書」を交付者のみ返却 ※2: 「資格確認書」のコピーでも可

※3: 還付金は加入時に登録された銀行口座へ振込みいたします。
登録口座を閉鎖された方、本人死亡で相続人の口座へ振込みとなる方は振込先をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協	支店	預金種別	口座番号（右づめで記入）						
		普通(総合)							
金融機関コード	店番号	口座名義(カタカナで記入)							

↓ 組合使用欄は記入しないでください

組合 使用 欄	受領印	標準報酬月額	千円		
		納付方法	1. 各 月		
			2. 前 納 (1 年／半年)		
		還付期間	月 ～ 月	ヵ月	
		還 付 日	令 和 年 月 日		
	還付金額	円			