

日本アイ・ビー・エム健康保険組合理事長 殿

常務理事	事務長	G L	担当者

任意継続・特例退職 資格喪失届 兼 保険料還付請求書

申請日 ××××年××月××日

被 保 険 者 情 報	記号	×××	番号	××××××				
	氏名	健保 太郎						
	生年月日	昭和・平成	××	年	××	月	××	日
	住 所	〒×××-×××× ××県×××市×××町1-2-3						

資格喪失・ 還付請求 事由 該当番号を○印で 囲んでください	1. 再就職し他健康保険の被保険者資格を取得したため <small>以下の書類を添付してください 必須：新しく加入した健康保険の「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」のコピー 該当者のみ：IBM健保発行の有効期限内の資格確認書(被扶養者も含め全員分)</small>	他健保に加入された日	令和	××	年	××	月	××	日
	2. 被保険者の死亡のため <small>埋葬料支給申請書(添付書類含む)とIBM健保発行の有効期限内の資格確認書(被扶養者も含め全員分)を添付してください。</small>	死亡日	令和		年		月		日
	3. 被保険者からの申し出による(原則申請日と同じ日を申し出日欄にご記入ください) <small>申し出による資格喪失日決定通知書を送付します。通知書に記載されている申し出による資格喪失日から5日以内にIBM健保発行の有効期限内の資格確認書(被扶養者も含め全員分)をお持ちの方は添付してください。</small>	申し出日	令和		年		月		日
	4. 海外居住のため(特例退職のみ) <small>IBM健保発行の有効期限内の資格確認書(被扶養者も含め全員分)と「除住民票」を添付して下さい。</small>	転出日	令和		年		月		日

申請者氏名	健保 太郎			被保険者との 続柄	本人
住所・電話	〒×××-××××		電話	××-××××-××××	
	××県×××市×××町1-2-3				

[健康保険組合使用欄]

還付金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	還付の対象となる 期間	令和 令和	年 年	月分 月分	から から	月 月	まで まで	還付請求金額	円
-----	---	----------------	----------	--------	----------	----------	--------	----------	--------	---

日本アイ・ビー・エム健康保険組合

決裁日付印

受付日付印

〒103-0015 東京都中央区日本橋箱崎町36-2
Daiwaリバーゲート南ウイング10階