

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

	記号	番号									
被保険者証の記号・番号	×××	××××××									
被保険者氏名	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 「新しく加入された健康保険証」のコピーと、IBM健保組合の「健康保険証(ご家族分)」の本証を添付して下さい										
	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 「埋葬料支給申請書(添付書類含む)とIBM健保組合の「健康保険証(ご家族分)」の本証を添付して下さい										
	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) 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健保組合の「健康保険証(ご家族分)」の本証を返却下さい。										
申し出日	令和			年			月			日	
4. 海外居住のため(特例退職のみ) IBM健保組合の「健康保険証(ご家族分)」の本証と「住民票の除票」を添付して下さい											
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	〒×××-×××× ××県×××市×××町1-2-3						電話	××-××××-××××

[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