常務理事	事務長	G L	担当者

日本アイ･ビー･エム健康保険組合理事長　殿

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
保険証等の記号･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	〒 xxx－xxxx xx県xxx市xxx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
以下2項目を添付してください
・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
・IBM健保発行の有効期限内の資格確認書、従来の被保険者証、高齢受給者証等（被扶養者も含め全員分）

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健保発行の有効期限内の資格確認書、従来の被保険者証等（被扶養者もご加入されていた場合は被扶養者も含め全員分）を添付してください

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健保発行の有効期限内の資格確認書、従来の被保険者証等（被扶養者もご加入されていた場合は被扶養者も含め全員分）を送付してください。

申し出日	令和	年	月	日

4. 海外居住のため（特例退職のみ）
IBM健保発行の有効期限内の資格確認書、従来の被保険者証等（被扶養者もご加入されていた場合は被扶養者も含め全員分）と「除住民票」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	〒 xxx－xxxx xx県xxx市xxx町1－2－3	電話	xx－xxxx－xxxx

[健康保険組合使用欄]

還付金	□ 有　□ 無	還付の対象となる期間	令和　年　月分から 令和　年　月まで	還付請求金額	円

日本アイ･ビー･エム健康保険組合

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

決裁日付印　受付日付印