

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

	記号	番号					
保険証等の記号・番号							
被保険者氏名							
生年月日	昭和・平成		年		月	日	
住所	〒						
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					被保険者との続柄		
住所・電話	〒		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