

## 任意継続資格喪失申出書(被保険者死亡)

被保険者が死亡したため「任意継続保険料」の返金を要求します。

|                  |           |                                    |                |                         |
|------------------|-----------|------------------------------------|----------------|-------------------------|
| 保険証の<br>記号番号     | 90 - 1234 | 被保険者<br>氏 名                        | 健保 太郎          |                         |
| 死 亡 日            |           | 令和 4 年 12 月 7 日                    |                |                         |
| ※<br>請<br>求<br>者 | 氏 名       | 健保 花子                              | 死亡者からみた<br>続 柄 | 夫                       |
|                  | 住 所       | 〒 〇〇〇 - △△△△<br>愛知県刈谷市〇〇〇〇△△△△×××× |                |                         |
|                  | 電話番号      | 〇〇〇-△△△△-××××                      |                | ←日中連絡がとれる番号を<br>ご記入ください |

※請求者は原則として法定相続人に限る

|                |           |  |        |   |   |   |   |        |   |                  |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------|-----------|--|--------|---|---|---|---|--------|---|------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 振<br>込<br>先    | 請求者名義の振込先 |  |        |   |   |   |   |        |   |                  |   |   |   |   |   |   |   |
|                | 〇〇〇       | <input checked="" type="checkbox"/> 銀行<br><input type="checkbox"/> 信金<br><input type="checkbox"/> 農協 | 店<br>番 | 〇 | × | △ | 〇〇〇                                       | 種<br>別 | <input checked="" type="checkbox"/> 普通<br><input type="checkbox"/> 当座 | □座<br>番号<br>(右詰) | 〇 | × | △ | 〇 | × | △ | 〇 |
| 名義人名<br>(カタカナ) |           | ケンポ ハナコ  |        |   |   |   | ←名義人名は被保険者(従業員)名または請求者名<br>をカタカナでご記入ください。 |        |   |                  |   |   |   |   |   |   |   |

## 《必須添付資料》

- 戸籍謄本 (除票後)
- トヨタ車体健康保険組合の保険証カード (死亡された本人および被扶養者)