

常務理事	事務局長	部長	次長	課長	課長補佐	係長	係

健康保険 特例退職被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 欄	1	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	9	7	0	0	-				
	2	被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成		年	月	日				
	3	被 保 険 者 の 氏 名	(フリガナ) (氏)			 (名)				⑩
	4	被 保 険 者 の 住 所	郵便番号 (-) 電話番号 () 都道府県								

下記の事由に該当するため、つぎのとおり申出します。

	資格喪失年月日	平成	※	年	月	日		※は、記入しないで下さい	
5	資格喪失の事由 (ア～カのいずれかを「○」で囲み、日付を記入してください。)	ア	健康保険または船員保険の被用者保険の被保険者となったため 資格取得年月日 (平成 年 月 日)						
		イ	後期高齢者医療制度の被保険者となったため 資格取得年月日 (平成 年 月 日)						
		ウ	生活保護の受給者となったため 受給者となった年月日 (平成 年 月 日)						
		エ	海外に居住となったため 居住となった年月日 (平成 年 月 日)						
		オ	健康保険または船員保険の被用者保険の被扶養者となったため 資格認定年月日 (平成 年 月 日)						
		カ	死亡したため 死亡年月日 (平成 年 月 日)						
6	被 保 険 者 証 回 収 欄	【 被保険者証 】			【 高齢受給者証 】			70歳以上の方	
		添付・滅失 (扶養者 人)			添付・滅失				
7	摘 要 欄								

(注 意 事 項)

平成 年 月 日 提出

1. 再取得した被保険者証のコピー添付・特例退職の被保険証返納をお願いします。
2. 保険者証・高齢受給者証を滅失した場合は、別途『紛失届』が必要となりますので当組合(適用課)までご連絡ください。

受付日付印

【 出版健康保険組合 適用課 TEL: 03(3292)5005 】