健康保険　特例退職被保険者　資格喪失申出書

被保険者欄	被保険者証の記号・番号	9700－	
	被保険者の生年月日	昭和　年　月　日	
	被保険者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)	(名)
	被保険者の住所	郵便番号（　－　） 電話番号　（　） 携帯番号　（　）	

下記の事由に該当するため、つぎのとおり申出します。

資格喪失事由	資格喪失年月日	令和　※　年　月　日　※は、記入しないで下さい
	①～⑦のいずれか該当する事由を「○」で囲み、日付を記入してください。	① 健康保険または船員保険の被保険者となったため 資格取得年月日　（令和　年　月　日）
		② 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　（令和　年　月　日）
		③ 生活保護の受給者となったため 受給者となった年月日（令和　年　月　日）
		④ 海外に居住となったため 居住となった年月日　（令和　年　月　日）
		⑤ 健康保険または船員保険の被扶養者となったため 資格認定年月日　（令和　年　月　日）
		⑥ 死亡したため 死亡年月日　（令和　年　月　日）
		⑦ 特例退職被保険者でなくなることを希望するため

（注意事項）

1. 特例退職の被保険証・高齢受給者証（被扶養者分を含む）を添付してください。
※被保険者証・高齢受給者証（被扶養者分を含む）を紛失した場合は、別途『被保険者証（紛失・き損）届』が必要となります。

令和　年　月　日提出
受付日印

2. ①・②・⑤に該当の場合は、新たな健康保険に加入したことが分かるものを添付してください。
（健康保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書、辞令　などの写し）
3. ⑦を選択した場合
a：資格喪失日は、健保組合が申出書を受理した日の属する月の翌月1日となります。
b：被保険者証・高齢受給者証（被扶養者分を含む）は、翌月1日以降適用課に送付してください。
c：申出後に資格喪失を取り消すことはできません。

【出版健康保険組合　適用課　℡:03(3292)5005】