

## 特例退職被保険者資格喪失届

下記の理由により、特例退職被保険者の資格を喪失します。  
 また、資格喪失後の支払保険料・給付金等がある場合は、届出の  
 還付金振込先口座へ還付請求します。

(75歳到達時後期高齢者医療制度適用による喪失の場合は提出不要です。)

		記入年月日	
		××××年 ×月 ××日	
被保険者記号・番号		被保険者氏名	
記号	番号	生年月日	
6100	××××××××	日生 花子	
		昭和	××年 ×月 ××日
住所	〒××××-×××× 大阪府中央区今橋×-×-× 電話番号 ××-××××-××××		

資格喪失理由(該当する番号に○を記入)	必要書類	資格喪失日
1. 就職して他健保に加入したため	新しい保険証(写)	他健保の資格取得日
2. 65歳以上で、後期高齢者医療制度が適用されることとなったため	後期高齢者医療被保険者証(写)	後期高齢者医療制度の資格取得日
3. 被保険者死亡のため	死亡を証明する書類(死亡診断書(写)等) 権利継承届兼誓約書(※)	死亡日の翌日
4. 被用者保険の被扶養者となったため	新しい保険証(写)	被扶養者認定日
5. 海外に移住するため	住民票(写)	住民票の除籍日
6. 生活保護の対象になったため	生活保護開始決定通知書(写)	対象になった日
<b>7.</b> その他( 国民健康保険に加入 )	不要	喪失届が当組合で受付した翌月1日

※権利継承届兼誓約書は当健保組合のオフィシャルHPより出力、もしくは当健保組合までご請求ください。

日本生命健康保険の保険証(ご本人・ご家族分)、高齢受給者証(交付されている場合)を返却ください。

保険証を滅失した場合は、下記に念書を差し入れしてください。

### 念 書

1. 滅失した健康保険証を後日発見した場合は、直ちに返却します。

2. 滅失した健康保険証によって生じた一切の責任は、被保険者において負担し、貴組合に対し迷惑をかけないことを約束します。

××××年 ×月 ××日                      被保険者氏名      日生 花子

健保組合処理欄	資格喪失日	返金の有無		入金状況	担当	再査
	年 月 日	有 ・ 無		年 月まで入金		
		本人	家族			
	交付枚数	1				
	回収枚数		備考			