

特例退職

資格喪失届

			記入年月日		
			令和	年	月 日
特例退職被保険者証		被保険者氏名	生年月日		電話番号
記号	番号		昭和 平成	年 月 日	- -
2222	10				
住所	〒 [] - []		都道 市区 府県 郡		

下記理由により特例退職を喪失したいので届出いたします(該当の番号に○印)

◆下記書類を添付してください(⑦に該当する場合は添付不要です。資格喪失後に被保険者証等を返却してください)

①特例退職被保険者証(被扶養者分も含む) ⇒ 添付した

②下表、資格喪失理由ごとの必要書類 ⇒ 添付した

※該当の方は「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受療証」⇒ 添付した

資格喪失理由	必要書類	資格喪失日
① 他の健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため(就職等)	新しい健康保険証の(写)	他健保資格取得日
② 被保険者死亡のため(令和 年 月 日死亡)	死亡を証明する書類の(写)	死亡日の翌日
③ 65歳~74歳で一定の障がい状態にあることにより後期高齢者医療制度へ加入したため	後期高齢者医療制度の被保険者証の(写)	後期高齢者医療制度の資格取得日
④ 被用者保険の被扶養者になったため(国民健康保険は除く)	新しい健康保険証の(写)	被扶養者認定日
⑤ 生活保護の対象になったため	対象日の分かる書類	対象になった日
⑥ 海外に移住するため	移住日の分かる書類	移住した日
⑦ 申出による資格喪失のため	なし	資格喪失届を健保組合で受理した月の翌月1日

被保険者証等を滅失または盗難にあい、返却できない場合は、下記の念書に署名・押印ください

念 書	
滅失または盗難にあった各証が後日見つかった場合は、直ちに見つかった証を返却いたします。	
令和 年 月 日	被保険者署名 _____

健保組合処理欄				任意脱退入力	
資格喪失年月日	喪失日入力日	還付請求書送付日	還付通知書送付日	台帳メモ入力	喪失通知発送
令和 年 月 日					
<input type="radio"/> 単月 <input type="radio"/> 前納					