

常務理事	事務長		係

特例退職被保険者 資格喪失申出書

日立ジョンソンコントロールズ空調健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、特例退職被保険者の資格を喪失いたしたく、必要書類を添付の上、届出いたします。

令和 年 月 日

資格喪失時の 記号・番号	記号	番号
氏名	フリガナ	
申請者の住所	〒	
生年月日	昭和 平成 年 月 日 () 歳	性別 男・女
喪失理由	1. 就職のため（資格取得日：令和 年 月 日） 必要書類：新しい健康保険証のコピー	
	2. 被扶養者になったため（認定日：令和 年 月 日） 必要書類：新しい保険証のコピー	
	3. 後期高齢者医療制度に加入するため（資格取得日：令和 年 月 日） 必要書類：後期高齢者医療制度の健康保険証のコピー	
	4. 海外に居住するようになったため（海外居住日：令和 年 月 日） 必要書類：出国日のわかる書類（住民票）のコピー	
	5. 生活保護を受けるようになったため（認定日：令和 年 月 日） 必要書類：事由発生日がわかる書類（被保護者証明・生活保護初回決定通知書）のコピー	
	6. 死亡したため（死亡日：令和 年 月 日） 必要書類：死亡日の確認できる公的な書類（死亡診断書・埋葬許可証）のコピー	
	7. 他保険（国民健康保険含む）に加入するため	
被保険者証	1. 同封する 被保険者証 合計 _____ 枚 理由 ()	
	2. 同封しない 返却予定日 (令和 年 月 日)	
資格喪失証明書の発行	1. 希望する 2. 希望しない	

【注意】

・「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受療証」の交付がある場合は、そちらも返却してください。

※ 健 保 記 入 欄	資格喪失年月日	令和 年 月 日
	保険料還付金額	円 (令和 年 月～令和 年 月分)
	備考	

受付日付印

【送付先】〒151-0051
東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-12
S-FRONT代々木ビル2F
日立ジョンソンコントロールズ空調健康保険組合
事務処理センター