

特例退職被保険者
資格喪失届 兼 保険料還付請求書

健康保険組合			
常務理事	事務長	GL	担当者

《届出先》 〒250-0001 神奈川県小田原市扇町2-12-1

健康保険被保険者証に記載されている
「記号」と「番号」をご記入ください

* 太枠内を楷書で明確に記入してください。

被保険者証		被保険者氏名	被保険者生年月日
記号	番号		
888*	9876	健保康一	昭和 24年6月8日
(番号に○をつけてください)		添付書類	
1	就職し他健保の被保険者となったため 資格取得日：平成・令和 3年10月16日	①「健康保険証」または「資格取得証明書（通知）」のコピー ②当健保発行の「健康保険証」（被扶養者分も含む） ③該当の方は「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受領証」	
2	被扶養者になったため 被扶養者認定日：平成・令和 年 月 日	①新しい保険証のコピー ②当健保発行の「健康保険証」（被扶養者分も含む） ③該当の方は「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受領証」	
3	65歳以上で障害認定を受けたことにより 後期高齢者医療広域連合の被保険者になったため 資格取得日：平成・令和 年 月 日	①新しい保険証のコピー ②当健保発行の「健康保険証」（被扶養者分も含む） ③該当の方は「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受領証」	
4	海外に居住するようになったため 海外居住日：平成・令和 年 月 日	①事由発生日がわかる書類のコピー ②当健保発行の「健康保険証」（被扶養者分も含む） ③該当の方は「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受領証」	
5	生活保護を受けるようになったため 生活保護認定日：平成・令和 年 月 日	①新しい保険証のコピー ②当健保発行の「健康保険証」（被扶養者分も含む） ③該当の方は「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受領証」	
6	死亡したため 死亡日：平成・令和 年 月 日	①「埋葬料請求書」 ②当健保発行の「健康保険証」（被扶養者分も含む） ③該当の方は「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受領証」	
資格喪失証明書の交付： <input type="checkbox"/> 必要（必要な場合は□に✓を入れてください）			
上記理由により資格を喪失したことを届出ます。 ※ 資格喪失届を送付する際は、返納する健保証（該当の方はその他の各種証も含む）、および添付書類を同封しているか、必ずご確認ください。			
令和 3年10月20日			
富士フィルムグループ健康保険組合 理事長殿			
被保険者 住所 神奈川県北足柄市上沼1-2-3			
(本人死亡時は申請者) 富士タウン A-405			
氏名 健保康一			
【保険料の還付が発生する場合】			
※ 資格喪失理由が1～5の場合、特退保険料の引落し口座へ振込みます。			
※ 資格喪失理由が6の場合、埋葬料請求書に記入された口座へ振込みます。			
資格喪失年月日(健保にて記入)		平成・令和 年 月 日	