

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		
GL	担当者	担当者

《届出先》 〒250-0001 神奈川県小田原市扇町2-12-1  
富士フィルムグループ健康保険組合 特退担当宛

\* 太枠内を楷書で明確に記入してください。

被保険者等		被保険者氏名	被保険者生年月日
記号	番号		
			昭和 年 月 日
(番号に○をつけてください) ↓		資格喪失理由	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 年 月 日		①新しく加入した健康保険の資格取得日が分かる書類のコピー (例) 「資格情報のお知らせ」 「資格確認書」 「マイナポータルのわたしの情報」
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		②「健康保険証」「資格確認書」 「高齢受給者証」「限度額適用認定証」 「特定疾病療養受領証」をお持ちの方 (被扶養者分も含む)は添付ください。
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事由発生日がわかる書類のコピー ②「健康保険証」「資格確認書」 「高齢受給者証」「限度額適用認定証」 「特定疾病療養受領証」をお持ちの方 (被扶養者分も含む)は添付ください。
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「埋葬料請求書」 ②「健康保険証」「資格確認書」 「高齢受給者証」「限度額適用認定証」 「特定疾病療養受領証」をお持ちの方 (被扶養者分も含む)は添付ください。
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		
6	死亡したため 死亡日：平成・令和 年 月 日		
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。 この届出により、納付済み保険料に還付が生じる場合は、還付を請求いたします。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> 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 (本人死亡時は申請者) <div style="text-align: right;">氏名</div>			
<b>【保険料の還付が発生する場合】</b> ※ 資格喪失理由が 1～5 の場合、特退保険料の引落と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	