

# 健康保険 資格喪失申出書

## 兼 保険料還付請求書(特例退職)

健保 決裁 欄	常務理事	所属長	主担者	係 員

### 記入例

この申請書を記入された日をお書き下さい

\*太枠で囲んだ部分は全てご記入ください

		記入年月日	
		平成 27年 8月 10日	
特例退職被保険者証	被保険者氏名		生年月日
記号	番号	健保 一郎	昭和
92	0 1 2 3 4 5 6		平成
住所	〒570 -8540 大阪府守口市外島町5番55号		該当に○をして下さい。
			必ず押印をお願いします TEL ( 06 - 6992 - 5135 )

下記の表の該当の番号に○印をし必要書類を下欄に貼付（4.5は添付）して下さい。

資格喪失理由	必要書類
1 就職して他健保に加入したため	新しい保険証の写し
2 65～74歳で一定の障害状態にあることで 広域連合の認定を受けたため	後期高齢者医療被保険者証の写し
3 家族の扶養に入る	新しい保険証の写し
4 海外に居住	住民票（除票）
5 生活保護を受けた	認定を受けたことがわかる書類

該当の数字に○をして下さい。

**\*必須\***

パナソニック健保の保険証（ご本人・ご家族様分全て）を返却してください。

### 留意事項

- ① 「限度額適用認定証」「特定疾病療養受療証」の交付を受けている場合はご返却下さい。
- ② 新しい保険証の写し等、上記必要書類は適正に資格喪失日を確認するために必要です。必ご提出ください。
- ③ 資格喪失した月の保険料は必要ありません。すでに保険料を納付いただいている場合は後日返金いたします。ただし、資格取得した月と資格喪失した月が同じ月の場合は、1ヵ月分の保険料が必要となりますので、保険料の返金はありません。
- ④ 保険料の返金は本申出書兼還付請求書が届いた月の翌月末になります。