

常務理事	検印	担当

E

決定年月日

健康保険 資格喪失申出書 (兼 保険料還付請求書)

退職者(申請者)記入用

記入日 年 月 日

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号 (6桁の場合は右詰めで記入 ↓)	生年月日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名	(フリガナ)		
	住所	(〒 -)		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()		

下記理由により、被保険者を資格喪失(脱退)しますのでお届けします。
また、資格喪失後の支払い保険料がある場合は、お届けの給付金振込先口座へ還付請求します。
(お届けの給付金振込先口座以外にマイナポータル等で事前登録した公金受け取り口座をご利用希望の場合は右記に☑ ⇒ ☐)

資格喪失事由 ※ 該当の番号に ✓ をしてください	資格喪失年月日を 記入してください
<input type="checkbox"/> 1 就職して他健保に加入したため	令和 年 月 日 (新しい保険証等の資格取得年月日)
<input type="checkbox"/> 2 65~74歳で後期高齢者の認定を受けたため	令和 年 月 日 (後期高齢者医療制度の資格取得日)
<input type="checkbox"/> 3 被保険者でなくなることを希望する <input type="checkbox"/> 国保加入 <input type="checkbox"/> その他()	令和 年 月 1 日 (申出書を健保が受理した日の翌月1日)
<特例退職の方で上記以外の事由> <input type="checkbox"/> 4. 家族の扶養 <input type="checkbox"/> 5. 海外居住 <input type="checkbox"/> 6. 生活保護の受給	

該当の場合は健保へご連絡ください

●就職・後期高齢が事由の方

- ①新しい保険証等のコピー(本人分のみ)をこちらに貼付してください。
- ②パナソニック健保の保険証(ご家族分含む)も必ず同封にてご返却してください。

限度額適用認定証、特定疾病療養受療証をお持ちの方は併せて返却してください。

●希望が事由の方

受理後健保より「喪失証明書」と「保険証返却のご案内」を送付します
※「資格喪失証明書」は資格喪失日以降の発行です

健保受付印

健保記入欄	資格喪失日	令 年 月 日	返金有(年 月まで入金)・無	同月得喪 有・無
	令 年 月 ~ 令 年 月	当年度・前年度	健康保険料	円
	令 年 月 ~ 令 年 月	当年度・前年度	介護保険料	円
	被保険者証回収	本人 枚	家族 枚	合計 円