

常務理事	検印	担当
------	----	----

E

記入例

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)

任継:91
特退:92

退職者(申請者)記入用

記入日 2024 年 4 月 5 日

被保険者(申請者)情報	記号	9 2	番号 (6桁の場合は右詰めで記入 ↓)	1 2 3 4 5 6	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	3 1 0 1 0 1
	被保険者等 記号・番号 (右詰め)						
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎					
	住所	(〒 570 - 0001) 大阪府守口市〇〇町〇〇丁目-〇〇-〇〇					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇						

下記理由により、被保険者を資格喪失(脱退)しますので提出いたします。
また、資格喪失後の過払い保険料がある場合は、健保へ届出済の給付金振込先口座へ還付願います。

(健保へ届出済の 必ず資格取得日をご記入ください。(就業開始日と資格取得日は異なる場合があります) 金受け取り口座を希望の場合は右記に ⇒)

※ 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 checked="" type="checkbox"/> 1	就職や勤務先の健保に加入したため	令和 6 年 4 月 1 日 (新しい健康保険の資格取得年月日)
<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() ※希望する喪失日の前月末必着で提出してください	令和 年 月 1 日 (申出書を健保が受理した日の翌月1日) ※「資格喪失証明書」の発行は喪失日以降です
<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		提出のタイミングにご注意ください。 ← 4.5.6の事由に該当の場合は健保へご連絡ください

任意継続の方は、4.5.6の事由では脱退できません。

★留意事項

提出	資格喪失日の1か月前から可能 ※喪失日に変更が生じた場合は必ず健保へ連絡ください ・専用メールアドレスへ送信(申出書をPDFや写真で添付): kenpo.ss@gg.jp.panasonic.com ・郵送: 〒570-8540 大阪府守口市外島町5番55号 パナソニック健保 保険業務部 特退・任継係宛
資格確認書 健康保険証	お持ちの場合は資格喪失後、早急に健保へ返却 (ご家族分、限度額適用認定証、特定疾病療養受療証を含む)
保険料	過払い分の保険料の返金処理には、喪失後3~4カ月かかります

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
	引落・振込		合計	円

健保受付印
