

シャープ健康保険組合

(任意継続用)資格喪失届

ご記入は、必ずボールペン又はペンでお願いします。

※個人情報の取り扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

作成 令和 年 月 日

被保険者 証番号	記号	番号					フリガナ ケンボ タロウ	被保険者 氏名 健保太郎 (61 歳)
	100	*	*	*	*	*		
住所	〒 123-XXXX TEL 000-000-0000					個人番号 (被保険者証番号を記入していれば省略可)		
	〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3							

◆該当する資格喪失理由の番号に○を付け、必要事項をこ

添付書類も漏れなく提出してください

資格喪失理由		
<input checked="" type="radio"/> 1. 再就職先の健康保険に加入した 資格取得日: 令和 ** 年 ** 月 ** 日 就 職 先: 〇 〇 〇 〇 株式会社		① 就職日の分かる書類のコピー 例) 採用通知書/労働契約書/ 資格情報のお知らせ ② シャープ健康保険証/資格確認書
<input type="radio"/> 2. 後期高齢者医療制度に加入した 資格取得日: 令和 年 月 日		① 後期高齢者医療被保険者証コピー ② シャープ健康保険証/資格確認書
<input checked="" type="radio"/> 3. 申出により、他健保への加入を希望 (国民健康保険 / 家族の被扶養者) 申し出受付日の翌月 1 日が脱退日となります		○添付書類無し シャープ健康保険組合の資格喪失後に次に 加入する健康保険の手続きを行ってください

次に加入される健康保険に○をつけてください

◆シャープ健康保険証の使用について、ご記入ください。

資格喪失日以後の診療・調剤時に、健康保険が変わったことを伝えましたか? (扶養家族の受診状況も含めてご確認ください)	<input type="checkbox"/> 診療・調剤を受けていない
シャープ健保へ請求された資格喪失日以降の医療費は、後日返納いただく こととなります。誤請求防止のために、健康保険の変更をお伝えください。	<input type="checkbox"/> 健康保険の変更を伝えた
	<input type="checkbox"/> 健康保険の変更を伝えなかった

健康保険の使用状況を
確認してください

【送付先住所】大阪府八

健保受付印

<健保記入欄>				健保処理欄	
常務理事	事務長	課長		担当	
資格喪失年月日	和				

回 収	有・無
受 診	無・有
還 付	有・無
還付月数	ヵ月分
入 力	
納付状況	ゆうちょ・払込 毎月・前納

納付済み月: 年 月