

シャープ健康保険組合

(特例退職用)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。

※当紙記載の個人情報は、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 年 月 日

被保険者 証番号	記号	番号				被保険者 氏名	フリガナ			
	1000						(歳)			
住所	〒 - TEL - -					個人番号 (保険証の番号を記入していれば省略可)				

◆該当する資格喪失理由の番号に○を付け、必要事項をご記入ください。

資格喪失理由	添付書類
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：	①就職日が確認できる書類のコピー 例)採用通知書、健康保険の加入日確認書 ②シャープ健康保険証(または資格確認書) ※家族分も含め返却
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(または資格確認書) ※家族分も含め返却
3. 日本に住まなくなった 出 国 日：令和 年 月 日	①出国日の確認書類(住民票)コピー ②シャープ健康保険証(または資格確認書) ※家族分も含め返却
4. シャープ健保からの脱退を希望する 申出受付日の翌月1日が脱退日となります	申出時の添付書類は不要 ※資格喪失日以降に、シャープ保険証(または 資格確認書)を返却

◆資格喪失日以降の受診状況(扶養家族も含む)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、健康保険の変更について申し出ましたか? ※資格喪失日以降の医療費がシャープ健保へ請求された場合、その医療費は、 返納いただきます。誤請求防止のために、健康保険の変更を申し出ましょう	<input type="checkbox"/> 診療・調剤を受けていない <input type="checkbox"/> 変更を申し出た <input type="checkbox"/> 変更を申し出なかった
--	--

【送付先住所】大阪府八尾市北亀井町 3-1-72(〒581-8585)

< 健保記入欄 >

常務理事	事務長	課 長		担 当

資格喪失年月日	令和				
---------	----	--	--	--	--

健保処理欄

回 収	有 ・ 無
還 付	有 ・ 無
入 力 日	
受 診	有 ・ 無
	担 当 印

健保受付印