

(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
	100					
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就職日が分かる書類のコピー または再就職先の健康保険証コピー ②シャープ健康保険証(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(家族分も含め返却)
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

◆シャープ健康保険証の使用について、ご記入ください。

資格喪失日以降、シャープ健康保険証は使用されましたか?(扶養家族の使用、薬局での使用も含む)

いいえ ・ はい

※使用された時は、後日シャープ健康保険組合から医療費の請求をしますので、ご自身で医療費の精算手続きが必要です。

【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>

健保処理欄

常務理事	事務長	課長		担当

資格喪失年月日	令和			
---------	----	--	--	--

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

健保受付印

納付済み月: 年 月