

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 | | | | | | | | | |
| 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. 日本に住まなくなった 出 国 日： 令和 年 月 日 | ①出国日のわかるもの(住民票)コピー ②シャープ健康保険証 (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 | 添付書類なし ※シャープ健康保険組合の資格喪失後、 次加入する健康保険の手続きを おこなってください。 |

◆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を請求しますので、ご自身で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 >

| | | | | |
|------|-----|-----|--|-----|
| 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

健保受付印

| | |
|-----|-------|
| 回 収 | 有 ・ 無 |
| 受 診 | 無 ・ 有 |
| 還 付 | 有 ・ 無 |
| | |
| 入 力 | |