

(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

Form with fields for 被保険者証番号 (1000), フリガナ (ケンボ タロウ), 健保太郎, 住所 (〒123-XXXX TEL 090-XXX-XXXX), 個人番号.

◆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。

Table with 2 columns: 資格喪失理由, 添付書類. Includes options for re-employment, high-age medical insurance, moving abroad, and resignation from Sharp Health Insurance.

添付書類も漏れなく提出してください。

◆シャープ健康保険証の使用について、ご記入ください。

Form for health insurance card usage with checkboxes for 'いいえ' and 'はい', and a note to confirm usage.

【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 >

Table for staff roles: 常務理事, 事務長, 課長, 担当.

Table for 資格喪失年月日 with 令和 column.

健保処理欄

Table for processing status: 回収, 受診, 還付, 入力.

健保受付印