

	常務理事	事務長	主任	担当
決裁				

ルネサス健康保険組合御中

健康保険 特例退職被保険者資格喪失申出書

提出日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

基本情報

※枝番(-00)記入は不要です。

被保険者証の記号・番号				被保険者氏名	フリガナ
記号		番号 (右詰め)			
性別	生年月日			現住所	
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	〒 TEL

下記理由により、特例退職被保険者の資格喪失を申し出いたします。

届出内容

資格喪失事由 (該当する番号を○で囲み、1～6の場合は日付を記入してください)	添付書類
1. 就職(勤務先の健康保険に加入)のため 資格取得日(令和 年 月 日)	就職先の健康保険組合等の「健康保険証(写)」 または「資格取得証明書」
2. 被扶養者になったため 認定日(令和 年 月 日)	被保険者が加入する健康保険組合等の「健康保険証(写)」 または「資格取得証明書」
3. 海外で生活することになったため 転出日(令和 年 月 日)	海外転出届(写)など確認できる書類
4. 生活保護法の適用を受けたため 資格取得日(令和 年 月 日)	生活保護を受けていることが証明できる書類(写)
5. 65歳～74歳で障害認定を受け、後期高齢者医療制度の 被保険者となったため 資格取得日(令和 年 月 日)	後期高齢者医療被保険者証(写)
6. 被保険者死亡のため 亡くなった日(令和 年 月 日)	死亡診断書(写)
7. 特例退職被保険者でなくなることを希望するため (資格喪失日:健保組合が申出書を受理した日の翌月1日)	

被扶養者がいる場合には、その氏名を記入してください。

被扶養者氏名(フリガナ)	性別	続柄	生年月日
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令

受付日付印

【注意事項】

- 資格喪失申出書を提出する際は、当健保の健康保険証(被扶養者分を含む)も必ず添付してください。
但し、資格喪失事由が上記7の場合は、申出月の月末までは被保険者証を使用することが出来るため、
資格喪失後に速やかに返却願います。
- 高齢受給者証、限度額適用認定証、特定疾病療養受療証の交付を受けている方は併せて添付願います。

<書類の送付先>

〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1
ルネサス健康保険組合 業務係

インボット	証回収	資格喪失年月日 ※健保記入欄
		令和 年 月 日