常務理事	事務局長	部　長	課　長	担当者

健康保険特例退職被保険者資格喪失申出書

届出人の住所	届出人の氏名	続柄
〒 TEL(　　)　　－		

※印欄は記入しないでください。

被保険者記号・番号	被保険者の氏名	生年月日	※資格喪失年月日
－		昭和 平成　年　月　日	令和　年　月　日

資格喪失の理由 （該当する番号を○で囲み、必要事項を記入してください）	資格喪失の原因となった日	添付書類
１．６５歳以上で広域連合の障害認定を受け、後期高齢者医療制度に該当したため。	令和　年　月　日（障害認定日）	※１
２．死亡したため。	令和　年　月　日（死亡した日）	※２
３．健康保険または船員保険の被保険者になったため。	令和　年　月　日（他の健保の資格取得日）	※３
４．海外に居住することになったため。	令和　年　月　日（海外に転出した日）	※４
５．生活保護を受けることになったため。	令和　年　月　日（生活保護を受けた日）	※５
６．被用者保険の被扶養者になったため。	令和　年　月　日（被扶養者に認定された日）	※６
７．被保険者資格を喪失することを希望するため。 ※資格喪失日は、本申出書が受理された日の翌月１日		
備　考		

【注意事項】

必ず「特例退職被保険者証」または「資格確認書」を添付して提出して下さい。
高齢受給者証をお持ちの方は**「高齢受給者証」**も添付してください。
ただし、上記７の理由による資格喪失日は、当組合がこの申出書を受理した日の翌月1日となりますので、「特例退職被保険者証」、または「資格確認書」等は、翌月１日以降に返納していただくことになります。なお、受理後は、資格喪失を取り消すことができませんのでご注意ください。

令和　年　月　日提出

受付日付印

【添付書類】

※1　65 歳以上で広域連合の障害認定を受けた場合は、後期高齢者医療の「資格確認書」または、「資格情報のお知らせ」の写しを添付してください。
※2　死亡の場合は死亡日が確認できる死亡診断書等の写しを添付してください。
※3　健康保険または船員保険の被保険者になったときは、新たな「資格確認書」または、「資格情報のお知らせ」の写しを添付してください。
※4　海外居住することになった場合は、住民票(写)を添付してください。
※5　生活保護を受けることになった場合は、保護証明書(写)を添付してください。
※6　被用者保険の被扶養者になった場合は、被扶養者として認定された日のわかる書類を添付してください。

民間放送健康保険組合