

決裁年月日	令和 年 月 日
還付決定額	令和 年 月分 ~ 令和 年 月分
	円
保険料入金日	令和 年 月 日
資格喪失日	令和 年 月 日

常務理事	事務長	会計	係

任意継続・特例退職 健康保険 資格喪失申出書

被保険者	健康保険 の記号		健康保険 の番号	
	氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	住所 連絡先	〒 TEL(日中の連絡先) — —		
喪失理由	1 就職のため (令和 年 月 日 就職・資格取得)			
	2 その他 ()			

(注1) 当健康保険組合にて交付した全ての「資格確認書」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受療証」を添付し返納してください。

紛失等で返納できない場合は、「返納不能届」の提出が必要です。

(注2) 就職による資格喪失の場合は、新たに加入した健康保険の「資格情報のお知らせ」コピーまたは「資格確認書」コピー等を添付してください。(被保険者分のみ)

◆ 保険料の還付が発生する場合は、登録されている金融機関口座に振り込みいたします

<送付先> 〒103-0016
東京都中央区日本橋小網町9-2
SMBC日興証券グループ健康保険組合
任意継続 担当 / 特例退職 担当 宛

