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「健康保険証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受療証」「資格確認書」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

受付日

ＳＭＢＣ日興証券グループ健康保険組合