

注 遺 保 養	<p>当健保組合にて交付した全ての健康保険証等を添付し返納してください。 就職による資格喪失の場合は、新たに取得した健康保険証コピー(被保険者分)を添付してください</p>	係
	<p>就職日(資格取得日)にて当健保組合は資格喪失となります。 当健保組合の健康保険証は、就職日より使用できませんのでご注意ください。</p>	
	<p>被保険者の資格喪失と同時に、ご家族も資格を失います。</p>	

任意継続・特例退職 健康保険 資格喪失申出書

被保険者	保険証記号	1	保険証番号	1234567
	氏名	日興太郎	生年月日	昭和 平成 ▲▲年▲▲月▲▲日
	住所 連絡先	〒▲▲▲▲-▲▲▲▲ ○○県○○市○○町○-○-○ 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()		

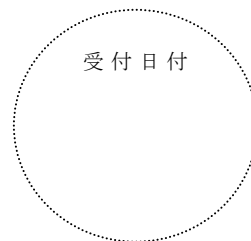
(注1) 当健康保険組合にて交付した全ての「健康保険証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受療証」を添付し返納してください。

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、新たに取得した健康保険証コピー(被保険者分)を添付してください。

◆ 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

新たに取得した健康保険証のコピー



<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