

健康保険 特例退職被保険者 資格喪失申出書

下記のとおり申出します。

太枠内をご記入ください。

		記入日	令和 年 月 日			
被保険者		被保険者氏名		生年月日		性別
記号	番号			昭和	年	月
7777						日
住 所				電 話 番 号		
〒 -						
資格喪失年月日		令和		年 月 日		
*就職日(新しい保険に加入した日)						
資格喪失理由		新しい健保に加入したため (就職・社保適用・個人事業主・収入増等)				

必須事項

資格確認書(該当者のみ)の枚数
ご記入ください

- ① キリンビール健康保険組合の「資格確認書」(該当者のみ)の返却
(交付されている場合・有効期限前に喪失する場合のみ)

〔該当者のみ〕 「限度額適用認定証」 : 枚
各種証の返却 「特定疾病療養受療証」 : 枚

※キリンビール健康保険組合発行の「資格情報のお知らせ」の返却は不要



本人 :	枚
家族 :	枚

- ② 就職先の資格情報のお知らせ又は資格確認書コピー(どちらか早くお手元に届くもの)

就職先の資格情報のお知らせ又は
資格確認書のコピーを貼付してください
(本人のみ)

受付印

健保使用欄	資格確認書回収日(該当者のみ)
令和	年 月 日