

資格喪失届 [特 退]

年 月 日

慶應義塾健康保険組合 御中

記号	2	番号	
フリガナ			男 ・ 女
申請者氏名			
生年月日	年	月	日 (歳)
住所	〒		
電話番号	- -		

下記の通り、変更がありましたので関係書類を添えて届出いたします。

資格喪失年月日	年 月 日
資格喪失の理由 (番号を○で囲む)	1. 後期高齢者医療制度の適用を受けることになった 2. 就職しその勤務先の健康保険に加入した 3. 自己都合

(注) 1. 資格喪失年月日について

理由 1 の場合：後期高齢者医療制度の適用年月日

・ 75 歳になった誕生日

・ 65 歳以上で要介護となり、市区町村の障害認定を受けた日

理由 2 の場合：再就職した日（勤務先の健康保険に加入した日）

理由 3 の場合：当健保組合が喪失届を受理した翌月1日

※喪失届を受理した後、原則として取り下げはできません

2. 添付書類

・ 資格喪失の理由を証明する書類（コピー可）（理由 1 または2の場合）

・ 慶應義塾健康保険組合の保険証（被扶養者様分も必ずご返却ください）

※理由3の場合は「資格喪失証明書」を受け取り次第ご返却ください

・ 高齢受給者証、限度額適用認定証（発行がある場合）