

| | | | | |
|------------------|------|------|------|-----|
| 決 裁 欄 | 常務理事 | 事務局長 | リーダー | 担 当 |
| | | | | |
| 資格喪失年月日：令和 年 月 日 | | | | |
| 還付金の有無： 有 ・ 無 | | | | |

健康保険特例退職被保険者資格喪失申出書

日本航空健康保険組合常務理事 様

令和 年 月 日、特例退職被保険者の資格を喪失する申出を下記のとおり行ないます。

| | | | |
|--|--------|---|--|
| ①被保険者証の記号・番号 | | ②生 年 月 日 | |
| 30- | | 昭和 ・ 平成 年 月 日 | |
| ③氏 名 | (フリガナ) | ④電 話 番 号 | |
| | | - - | |
| ⑤住 所 | 郵便番号 | (フリガナ) | |
| | - | | |
| ⑥資格喪失事由 | | ア 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため 資格取得年月日〔令和 年 月 日〕 | |
| ア～ウのいずれかを「○」で囲み、ア及びイは、保険証に記載されている「資格取得年月日」をご記入下さい。 | | イ 後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の被保険者となったため 資格取得年月日〔令和 年 月 日〕 | |
| | | ウ 申し出による資格喪失（注） ※当該申出書の受理日が属する翌月 1 日が資格喪失日 | |

【留意事項】

- 上記①～⑥欄に必要事項をご記入ください。
- 喪失月以降、納付済みの保険料は還付いたします。ただし、喪失月と取得月が同月の場合は保険料の還付はありません。
該当する方には当該申出書を受領後に、「還付請求書」を別途送付いたします。
- 資格喪失事由が「ウ」の方には、**資格喪失日以降に資格喪失証明書を送付**いたします。
注) 申し出後の取り消し並びに、特例退職被保険者制度への再加入はできません。

【この申出書に添付して提出するもの】

- 被保険者およびその被扶養者の任意継続（JAL 健保）の保険証
また高齢受給者証（70～74歳の方が対象）を交付されている方は併せて添付して下さい。
※保険証等を紛失された場合は「滅失届」を送付いたしますので、ご連絡下さい。
- 新しい被保険者証のコピー（被保険者およびその被扶養者分）
※資格喪失日を確認し、適正な資格記録を把握するため、ご協力をお願いいたします。
ただし、資格喪失事由が「ウ」の場合は、「1」及び「2」ともに添付不要です。