ソニー健康保険組合　理事長殿

常務理事	事務長	係	係

特例退職被保険者　資格喪失届

【注意事項】

●特退の保険証（ご家族分含む）を必ず本届出に添付の上、提出してください。
※70歳以上の方（ご家族分含む）は、高齢受給者証も一緒に提出してください。

●被保険者氏名欄は、被保険者本人が氏名を記入した場合、本人の押印は不要です。

●記入例を参照の上、記入漏れの無いよう楷書で枠内に丁寧に記入してください。

被保険者証 記号－番号	記号	６００	番号	９９９９９
被保険者氏名	曽仁　保夫　㊞			
被保険者生年月日	(昭和) 平成	23 年	2 月	1 日
被保険者 住所・電話番号	〒 999 － 9999 東京都　○区　○○　9-9-9 電話番号：　999 － 9999 － 9999			
資格喪失年月日	平成	28 年	1 月	1 日
資格喪失理由 ※該当の□にレ点を入れてください	☑ 被保険者本人が再就職し、就職先の健康保険に加入したため ※添付必須書類：新しい保険証のコピー（被保険者本人分のみ） □ 被保険者本人が後期高齢者医療制度に該当したため ※添付必須書類：後期高齢者医療制度の保険証のコピー □ 被保険者本人が死亡したため □ その他（下記に理由を詳細にご記入ください） ［　　］			

※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。

【提出先】

〒108-0075　東京都港区港南1-7-1　ソニー本社ビル11階
ソニー健康保険組合　特退担当

受付印