

事業所コード	
--------	--

事業所担当印	
--------	--

健康保険 被扶養者喪失届

常務理事	事務長	係

令和 年 月 日 提出

被保険者欄	被保険者証の記号		被保険者証の番号		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	備考	<input type="checkbox"/> 本人記載
	氏名	(ふりがな) (氏)	(名)		住所	〒	-		
	保険証添付	1.有 2.無	枚	他の証	1.有 2.無	<input type="checkbox"/> 限度額 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証	枚	<input type="checkbox"/> その他 ()	喪失証明書

被保険者本人が届書を作成した場合は、備考欄の「本人記載」にチェックを入れてください。その場合、押印は省略できます。

被扶養者欄	氏名	(ふりがな) (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	性別	1.男 2.女
	続柄		被扶養者資格喪失日	9.令和	年 月 日	理由	就職・結婚・収入増・雇用保険受給・離婚・別居・扶養者変更・その他事由()	
	後期高齢	1.同居 2.別居	〒	-				

注)被保険者から見た続柄は、戸籍上の続柄(「妻」「長男」「長女」等)を記載ください。

被扶養者欄	氏名	(ふりがな) (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	性別	1.男 2.女
	続柄		被扶養者資格喪失日	9.令和	年 月 日	理由	就職・結婚・収入増・雇用保険受給・離婚・別居・扶養者変更・その他事由()	
	後期高齢	1.同居 2.別居	〒	-				

注)被保険者から見た続柄は、戸籍上の続柄(「妻」「長男」「長女」等)を記載ください。

被扶養者欄	氏名	(ふりがな) (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	性別	1.男 2.女
	続柄		被扶養者資格喪失日	9.令和	年 月 日	理由	就職・結婚・収入増・雇用保険受給・離婚・別居・扶養者変更・その他事由()	
	後期高齢	1.同居 2.別居	〒	-				

【事業主記載欄】事業主の確認により添付書類又は本人押印・署名を省略した場合は、該当するものにチェックをしてください。

- 本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
- 本人押印・署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。

録 付 日 付 印 書 認 日 付 印

事業所所在地	〒	-
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	()	

社会保険労務士記載欄

【別紙・注意事項(必ずお読みください)】

②

喪失年月日は、喪失理由の発生した日付を記入して下さい。

ただし、喪失理由が死亡の場合は、死亡日の翌日を記入して下さい。

喪失の場合は、被保険者証の回収が発生します。 **必ず喪失該当者の保険証を添えてご提出ください。**

* 限度額適用認定証や、高齢受給者証等も返却が必要です。

なお、資格喪失日以降は、コスモエネルギーグループ健康保険組合の保険証は使用しないで下さい。

資格喪失後に使用(受診)した場合は、被保険者から当健保組合へ医療費を全額返納して頂くことになります。

* 家族健診等の保健事業も同様です。資格喪失後は受診いただけません。

■ 資格喪失証明書

資格喪失証明書は、国民健康保険への切替時に必要となります。必要な場合に該当欄に○印をつけて下さい。