

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

申請年月日 令和 年 月 日

| | | | | | | |
|------------------|------------------|-------------|---------|------|----|-----|
| 被 保 険 者 | 被保険者の 記号および番号 | 記号 | 番号(左づめ) | | | |
| | 被保険者の 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 | |
| | 被保険者の氏名 | ふりがな (氏) | (名) | | | 印 |
| | 被保険者の住所 | 郵便番号 | - | 都道府県 | 電話 | () |

下記の事由に該当するため、次の通り申出します。

| | | |
|---------|---|---|
| 資格喪失年月日 | 令和 年 月 日 | *申出により資格を喪失する場合は、資格喪失日を 申出日の翌月1日と記入してください。 |
| 資格喪失の事由 | ア 申出により任意継続被保険者資格を喪失したため(任意の資格喪失) イ 他の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 (1) 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号 () (2) 適用事業所または船舶所有者の名称および所在地 名称 () 所在地 () (3) 資格取得年月日 (令和 年 月 日) ウ 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 (1) 後期高齢者医療の被保険者証の記号番号 () (2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名称 (後期高齢者医療広域連合) (3) 資格取得年月日 (令和 年 月 日) エ 被保険者死亡のため (1) 死亡年月日 (令和 年 月 日) (2) 申請者氏名 (印) (2) 被保険者との続柄 () *別途、埋葬料(費)請求手続きがあります。 | |

【注意1】添付書類等は次の通りです。

- ・コスモ健保から交付されている全ての被保険者証または資格確認書(原本)(被保険者・被扶養者全員)
- ・コスモ健保から交付を受けている、高齢受給者証、限度額適用認定証等(原本)
- ・新しく加入された健康保険組合の資格情報のお知らせまたは資格確認書(写)(被保険者・被扶養者全員分)

但し、申出により資格を喪失する場合は、翌月の1日(資格喪失日)以降に保険証または資格確認書や高齢受給者証、限度額適用認定証等を返却願います。

【注意2】資格喪失日以降は、コスモ健保の資格で受診等はいしないでください。(診療や保健事業等)

※健康保険組合使用欄

| | | |
|------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
| | | |

*保険証枚数、回収日

*取得年月日

*保険料納付方法

*還付 有・無

身付日付印 本認日付印