

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	被保険者の記号	被保険者の番号	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/資格確認書添付	1.有 <input type="checkbox"/> 保険証 枚 2.無 <input type="checkbox"/> 資格確認書 枚	他の証	1.有 <input type="checkbox"/> 限度額 枚 2.無 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 枚 <input type="checkbox"/> 特定疾病 枚	喪失証明書	1.要 2.不要

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・死亡・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・死亡・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・死亡・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。

付 日 付 印 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。

- \* 被扶養者が就職して被保険者証となった時は資格取得日または就職日
- \* 被扶養者が結婚して配偶者の扶養となったとき。
- \* 被扶養者の収入が認定基準月額を超えたとき、または超える見込みとなったとき。
- \* 被扶養者が給付金(傷病手当金、失業給付金等)を申請し受給する金額が月額3,612円以上なときは受給開始日
- \* 被保険者が離婚して扶養関係がなくなったとき。
- \* 被扶養者が別居となり被扶養者の範囲や条件を満たさなくなったとき。

(その他)

- \* 被扶養者が亡くなったときは死亡日の翌日
  - \* 海外居住となり「国内居住要件」を満たさなくなったとき。
  - \* 後期高齢者医療制度へ加入したときは資格取得日
  - \* 夫婦共働いで被保険者とその配偶者の収入金額の多寡が逆転したとき。
- (年間収入が多くなった方の保険者等が被扶養者認定をした後に、当健保組合の被扶養者資格喪失の手続きとなります。)

**資格喪失事由が雇用保険受給の場合は、受給資格者証の両面コピーを添付してください。**

喪失の場合は、被保険者証等の回収が発生します。 **必ず喪失該当者の保険証/資格確認書を添えてご提出ください。**  
資格確認証を発行している場合も、有効期限内は必ず回収が必要となりますので添付してください。  
\* 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資格で受診等はしないで下さい。**  
資格喪失後に受診等をした場合は、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。