

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	被保険者証の 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	フリガナ (氏)	(名)			印
	被保険者の住所	郵便番号	—	電話	()	
都道府県						

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)					
※ア～エのいずれかを 「○」で囲み、ア以外の 場合は再取得後の 被保険者証の 記号番号等を記入 して下さい。	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(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被保険者証(写し)(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、コスモ健保の被保険者証は使用しないでください。(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

受付日付印 承認日付印