

健康保険 被保険者資格喪失届

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係

令和 年 月 日 提出

受付年月日

提出者記入欄	事業所記号	
	事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

社会保険労務士記載欄
氏名等

被保険者1	① 被保険者整理番号		② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日
	④ 喪失年月日	9.令和	年	月	日	⑤ 喪失原因	4. 退職等(令和 年 月 日退職等) 5. 死亡(令和 年 月 日死亡) 7. 75歳到達 9. 障害認定 12. その他()	⑥ 回収区分	被保険者証・資格確認書 回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚
	⑦ 備考								

被保険者2	① 被保険者整理番号		② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日
	④ 喪失年月日	9.令和	年	月	日	⑤ 喪失原因	4. 退職等(令和 年 月 日退職等) 5. 死亡(令和 年 月 日死亡) 7. 75歳到達 9. 障害認定 12. その他()	⑥ 回収区分	被保険者証・資格確認書 回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚
	⑦ 備考								

被保険者3	① 被保険者整理番号		② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日
	④ 喪失年月日	9.令和	年	月	日	⑤ 喪失原因	4. 退職等(令和 年 月 日退職等) 5. 死亡(令和 年 月 日死亡) 7. 75歳到達 9. 障害認定 12. その他()	⑥ 回収区分	被保険者証・資格確認書 回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚
	⑦ 備考								

被保険者4	① 被保険者整理番号		② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日
	④ 喪失年月日	9.令和	年	月	日	⑤ 喪失原因	4. 退職等(令和 年 月 日退職等) 5. 死亡(令和 年 月 日死亡) 7. 75歳到達 9. 障害認定 12. その他()	⑥ 回収区分	被保険者証・資格確認書 回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚
	⑦ 備考								

記入方法

提出者記入欄 : 健康保険の事業所記号を記入してください。

事業所記号	1	2	3	4
-------	---	---	---	---

①被保険者整理番号 : 資格取得時に払い出された被保険者整理番号を、必ず記入してください。

②氏名 : 氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。

③生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照し記入してください。

⑤昭和	年	月	日
7平成	6	3	0
9令和			5
			0
			3

④喪失年月日 : 下図を参照し、喪失年月日を記入してください。

退職等による資格喪失	退職日の翌日 転勤の当日 雇用契約の変更の当日
死亡による資格喪失	死亡日の翌日
75歳到達による健康保険の資格喪失	誕生日の当日
障害認定による健康保険の資格喪失	認定日の当日

⑤喪失原因 : 下図を参照し、該当する番号を○で囲んでください。退職・死亡の場合は、その当日の年月日を()内に記入してください。

4. 退職等	退職した場合、雇用契約の変更等により被保険者の適用対象外となった場合、退職後に継続して再雇用した場合
5. 死亡	死亡した場合
7. 75歳到達	75歳に到達したことで後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合
9. 障害認定	65歳以上75歳未満の方で、障害認定により後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合
12. その他	上記以外の理由の場合

⑥回収区分 : 被保険者証・資格確認書(有効期限内)をお持ちの方はその枚数を記入の上、添付してご提出ください。

⑦備考 : 必要に応じて記入してください。