

様式コード
2 | 2 | 0 | 1

健康保険

被保険者資格喪失届

常務理事	事務長	部長	課長	担当者

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	事業所所在地	〒	事業所記号		
	事業所名称				
	事業主氏名				
	電話番号	()			

受付年月日

社会保険労務士記載欄
氏名等

被保険者1	① 被保険者番号	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 個人番号	⑤ 喪失年月日	7.平成 9.令和	年	月	日	⑥ 喪失(不該当)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(健康保険のみ喪失) 9.障害認定(健康保険のみ喪失) 11.社会保障協定
	⑦ 備考	標準報酬月額	千円	保険証回収区分	1.添付 枚 2.返不能 枚 3.滅失 枚			

被保険者2	① 被保険者番号	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 個人番号	⑤ 喪失年月日	7.平成 9.令和	年	月	日	⑥ 喪失(不該当)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(健康保険のみ喪失) 9.障害認定(健康保険のみ喪失) 11.社会保障協定
	⑦ 備考	標準報酬月額	千円	保険証回収区分	1.添付 枚 2.返不能 枚 3.滅失 枚			

被保険者3	① 被保険者番号	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 個人番号	⑤ 喪失年月日	7.平成 9.令和	年	月	日	⑥ 喪失(不該当)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(健康保険のみ喪失) 9.障害認定(健康保険のみ喪失) 11.社会保障協定
	⑦ 備考	標準報酬月額	千円	保険証回収区分	1.添付 枚 2.返不能 枚 3.滅失 枚			

被保険者4	① 被保険者番号	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 個人番号	⑤ 喪失年月日	7.平成 9.令和	年	月	日	⑥ 喪失(不該当)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(健康保険のみ喪失) 9.障害認定(健康保険のみ喪失) 11.社会保障協定
	⑦ 備考	標準報酬月額	千円	保険証回収区分	1.添付 枚 2.返不能 枚 3.滅失 枚			

記入方法

提出者記入欄 : 事業所記号は下図を参照し、新規適用時または、名称・所在地変更時に付された記号・番号を記入してください。

事業所 記号	1	2	3
-----------	---	---	---

- ①被保険者番号 : 資格取得時に払い出しされた被保険者番号を、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。

昭和 7.平成 9.令和	年	月	日
6	3	0	5 0 3

④個人番号 : 健保組合提出分に記入する必要はありません。

⑤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

⑥喪失(不該当)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

⑦備考 : 必要に応じて記入してください。