

専務理事	常務理事	事務長	課長	係長	係員

健康保険 被保険者資格喪失届

平成 年 月 日提出

受付印

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

社会保険労務士記載欄
氏名等
(印)

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	年 月 日
	④ 個人番号 (基礎年金番号)	⑤ 喪失年月日	7.平成	年 月 日	⑥ 喪失(不該当)原因
	⑦ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 退職後の継続再雇用者の喪失 2. その他(_____)	保険証回収	添付 返不能	枚 枚

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	年 月 日
	④ 個人番号 (基礎年金番号)	⑤ 喪失年月日	7.平成	年 月 日	⑥ 喪失(不該当)原因
	⑦ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 退職後の継続再雇用者の喪失 2. その他(_____)	保険証回収	添付 返不能	枚 枚

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	年 月 日
	④ 個人番号 (基礎年金番号)	⑤ 喪失年月日	7.平成	年 月 日	⑥ 喪失(不該当)原因
	⑦ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 退職後の継続再雇用者の喪失 2. その他(_____)	保険証回収	添付 返不能	枚 枚

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	年 月 日
	④ 個人番号 (基礎年金番号)	⑤ 喪失年月日	7.平成	年 月 日	⑥ 喪失(不該当)原因
	⑦ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 退職後の継続再雇用者の喪失 2. その他(_____)	保険証回収	添付 返不能	枚 枚

記入方法

提出者記入欄 : 健康保険の事業所記号は下図を参照し記入してください。
事業主の押印は、署名(自筆)の場合には必要ありません。

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し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
	5	0	3

④個人番号
(基礎年金番号) : **個人番号(基礎年金番号)の記入は不要です。**

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 : 該当する項目を○で囲んでください。転籍による資格喪失の場合は「3.その他」を○で囲み、転籍先の事業所記号を記入してください。