

| 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

令和 年 月 日提出

受付印

|        |            |            |
|--------|------------|------------|
| 提出者記入欄 | 事業所<br>記号  |            |
|        | 事業所<br>所在地 | 〒          |
|        | 事業所<br>名称  |            |
|        | 事業主<br>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<br>被保険者<br>整理番号         |                                                    | ②<br>氏名 | (フリガナ)<br>(氏) | (名)            | ③<br>生 年 月 日 | 5.昭和<br>7.平成                       |  | 年 | 月               | 日                                                                           |                        |                                                                                                 |
|       | ④<br>個人番号<br>(基礎年<br>金番号) |                                                    |         |               | ⑤<br>喪失<br>年月日 | 9.令和         |                                    |  | 年 | 月               | 日                                                                           | ⑥<br>喪失<br>(不該当)<br>原因 | 4. 退職等(R 年 月 日退職)<br>5. 死亡 (R 年 月 日死亡)<br>7. 75歳到達(健康保険のみ喪失)<br>9. 障害認定(健康保険のみ喪失)<br>11. 社会保障協定 |
|       | ⑦<br>備考                   | 該当する項目を○で囲んでください。<br>1. 退職後の継続再雇用者の喪失<br>2. その他( ) |         |               |                |              | 資格確認書(保険証)回収<br>添付 枚<br>返不能 枚 紛失 枚 |  |   | ⑧<br>70歳<br>不該当 | <input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当<br>(退職日又は死亡日を記入してください)<br>不該当年月日 年 月 日 |                        |                                                                                                 |
|       |                           |                                                    |         |               |                |              |                                    |  |   |                 |                                                                             |                        |                                                                                                 |

|       |                           |                                                    |         |               |                |              |                                    |  |   |                 |                                                                             |                        |                                                                                                 |
|-------|---------------------------|----------------------------------------------------|---------|---------------|----------------|--------------|------------------------------------|--|---|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者2 | ①<br>被保険者<br>整理番号         |                                                    | ②<br>氏名 | (フリガナ)<br>(氏) | (名)            | ③<br>生 年 月 日 | 5.昭和<br>7.平成                       |  | 年 | 月               | 日                                                                           |                        |                                                                                                 |
|       | ④<br>個人番号<br>(基礎年<br>金番号) |                                                    |         |               | ⑤<br>喪失<br>年月日 | 9.令和         |                                    |  | 年 | 月               | 日                                                                           | ⑥<br>喪失<br>(不該当)<br>原因 | 4. 退職等(R 年 月 日退職)<br>5. 死亡 (R 年 月 日死亡)<br>7. 75歳到達(健康保険のみ喪失)<br>9. 障害認定(健康保険のみ喪失)<br>11. 社会保障協定 |
|       | ⑦<br>備考                   | 該当する項目を○で囲んでください。<br>1. 退職後の継続再雇用者の喪失<br>2. その他( ) |         |               |                |              | 資格確認書(保険証)回収<br>添付 枚<br>返不能 枚 紛失 枚 |  |   | ⑧<br>70歳<br>不該当 | <input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当<br>(退職日又は死亡日を記入してください)<br>不該当年月日 年 月 日 |                        |                                                                                                 |
|       |                           |                                                    |         |               |                |              |                                    |  |   |                 |                                                                             |                        |                                                                                                 |

|       |                           |                                                    |         |               |                |              |                                    |  |   |                 |                                                                             |                        |                                                                                                 |
|-------|---------------------------|----------------------------------------------------|---------|---------------|----------------|--------------|------------------------------------|--|---|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者3 | ①<br>被保険者<br>整理番号         |                                                    | ②<br>氏名 | (フリガナ)<br>(氏) | (名)            | ③<br>生 年 月 日 | 5.昭和<br>7.平成                       |  | 年 | 月               | 日                                                                           |                        |                                                                                                 |
|       | ④<br>個人番号<br>(基礎年<br>金番号) |                                                    |         |               | ⑤<br>喪失<br>年月日 | 9.令和         |                                    |  | 年 | 月               | 日                                                                           | ⑥<br>喪失<br>(不該当)<br>原因 | 4. 退職等(R 年 月 日退職)<br>5. 死亡 (R 年 月 日死亡)<br>7. 75歳到達(健康保険のみ喪失)<br>9. 障害認定(健康保険のみ喪失)<br>11. 社会保障協定 |
|       | ⑦<br>備考                   | 該当する項目を○で囲んでください。<br>1. 退職後の継続再雇用者の喪失<br>2. その他( ) |         |               |                |              | 資格確認書(保険証)回収<br>添付 枚<br>返不能 枚 紛失 枚 |  |   | ⑧<br>70歳<br>不該当 | <input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当<br>(退職日又は死亡日を記入してください)<br>不該当年月日 年 月 日 |                        |                                                                                                 |
|       |                           |                                                    |         |               |                |              |                                    |  |   |                 |                                                                             |                        |                                                                                                 |

|       |                           |                                                    |         |               |                |              |                                    |  |   |                 |                                                                             |                        |                                                                                                 |
|-------|---------------------------|----------------------------------------------------|---------|---------------|----------------|--------------|------------------------------------|--|---|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者4 | ①<br>被保険者<br>整理番号         |                                                    | ②<br>氏名 | (フリガナ)<br>(氏) | (名)            | ③<br>生 年 月 日 | 5.昭和<br>7.平成                       |  | 年 | 月               | 日                                                                           |                        |                                                                                                 |
|       | ④<br>個人番号<br>(基礎年<br>金番号) |                                                    |         |               | ⑤<br>喪失<br>年月日 | 9.令和         |                                    |  | 年 | 月               | 日                                                                           | ⑥<br>喪失<br>(不該当)<br>原因 | 4. 退職等(R 年 月 日退職)<br>5. 死亡 (R 年 月 日死亡)<br>7. 75歳到達(健康保険のみ喪失)<br>9. 障害認定(健康保険のみ喪失)<br>11. 社会保障協定 |
|       | ⑦<br>備考                   | 該当する項目を○で囲んでください。<br>1. 退職後の継続再雇用者の喪失<br>2. その他( ) |         |               |                |              | 資格確認書(保険証)回収<br>添付 枚<br>返不能 枚 紛失 枚 |  |   | ⑧<br>70歳<br>不該当 | <input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当<br>(退職日又は死亡日を記入してください)<br>不該当年月日 年 月 日 |                        |                                                                                                 |
|       |                           |                                                    |         |               |                |              |                                    |  |   |                 |                                                                             |                        |                                                                                                 |

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。

|           |   |   |   |   |
|-----------|---|---|---|---|
| 事業所<br>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<br>転勤の当日<br>雇用契約変更の当日    |
| 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                          |
| 社会保障協定による資格喪失     | 社会保障協定発効の当日<br>相手国法令の適用となった日の翌日 |

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 |
| 11. 社会保障協定 | 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。

※届出書に記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。  
なお、事業主印を押印している場合は、上記の方法による訂正または押印による訂正のどちらかをしてください。