

健康保険 被保険者資格喪失届

令和 年 月 日 提出

常務理事	事務長	課長	担当者

提出者記入欄	事業所番号	
	事業所所在地	〒 -
	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	年	月	日	
	④ 資格喪失年月日	9.令和	年	月	日	⑤ 喪失(不該当)原因	⑥ 被扶養者の有無	無・有 (人)	⑦ 資格確認書等回収区分	添付 _____ 枚 減失 _____ 枚 返不能 _____ 枚
	⑧ 備考	1. 退職後の継続再雇用者の喪失 2. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他()								

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 資格喪失年月日	9.令和	年	月	日	⑤ 喪失(不該当)原因	⑥ 被扶養者の有無	無・有 (人)	⑦ 資格確認書等回収区分	添付 _____ 枚 減失 _____ 枚 返不能 _____ 枚
	⑧ 備考	1. 退職後の継続再雇用者の喪失 2. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他()								

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 資格喪失年月日	9.令和	年	月	日	⑤ 喪失(不該当)原因	⑥ 被扶養者の有無	無・有 (人)	⑦ 資格確認書等回収区分	添付 _____ 枚 減失 _____ 枚 返不能 _____ 枚
	⑧ 備考	1. 退職後の継続再雇用者の喪失 2. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他()								

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 資格喪失年月日	9.令和	年	月	日	⑤ 喪失(不該当)原因	⑥ 被扶養者の有無	無・有 (人)	⑦ 資格確認書等回収区分	添付 _____ 枚 減失 _____ 枚 返不能 _____ 枚
	⑧ 備考	1. 退職後の継続再雇用者の喪失 2. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他()								

記入方法

提出者記入欄 : 事業所番号欄は、新規適用時に付された事業所の番号を記入してください。

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資格喪失年月日 : 下図を参照し、喪失年月日を記入してください。

退職による資格喪失	退職日の翌日
死亡による資格喪失	死亡日の翌日
後期高齢者該当による資格喪失(75歳到達)	誕生日の当日
後期高齢者該当による資格喪失(障害認定)	認定日の当日

⑤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。

1. 退職等	退職した場合(再雇用を含む)、雇用契約変更等により被保険者の適用対象外となった場合
2. 死亡	死亡した場合
3. 後期高齢者該当 (75歳到達・障害認定)	75歳に到達し後期高齢者医療に該当した場合。または、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た場合

⑥被扶養者の有無 : 無・有のどちらかを○で囲んでください。有の場合は、その人数を()内に記入してください。

⑦資格確認書等回収区分 : 資格確認書又は被保険者証の回収状況(枚数)を記入してください。

⑧備考 : 該当する項目がある場合、番号を○で囲んでください。また、「3. その他」については、必要に応じて記入してください。