

喪失

健康保険 被保険者資格喪失届

常務理事	事務長	室長	

受付印

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	健康保険 被保険者証記号	
	厚生年金保険 事業所整理記号	事業所 番号
	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 番号	② フリガナ 氏名	氏 _____ 名 _____	③ 生年月日	5.昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 7.平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 9.令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	④ 個人番号	⑤ 喪失 年月日		9.令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	⑥ 喪失 原因
	⑦ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 3. その他 ()		保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 減失 _____ 枚	4. 退職等 _____ 年 _____ 月 _____ 日退職等 5. 死亡 _____ 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)

被保険者2	① 被保険者 番号	② フリガナ 氏名	氏 _____ 名 _____	③ 生年月日	5.昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 7.平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 9.令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	④ 個人番号	⑤ 喪失 年月日		9.令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	⑥ 喪失 原因
	⑦ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 3. その他 ()		保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 減失 _____ 枚	4. 退職等 _____ 年 _____ 月 _____ 日退職等 5. 死亡 _____ 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)

被保険者3	① 被保険者 番号	② フリガナ 氏名	氏 _____ 名 _____	③ 生年月日	5.昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 7.平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 9.令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	④ 個人番号	⑤ 喪失 年月日		9.令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	⑥ 喪失 原因
	⑦ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 3. その他 ()		保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 減失 _____ 枚	4. 退職等 _____ 年 _____ 月 _____ 日退職等 5. 死亡 _____ 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)

被保険者4	① 被保険者 番号	② フリガナ 氏名	氏 _____ 名 _____	③ 生年月日	5.昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 7.平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 9.令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	④ 個人番号	⑤ 喪失 年月日		9.令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	⑥ 喪失 原因
	⑦ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 3. その他 ()		保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 減失 _____ 枚	4. 退職等 _____ 年 _____ 月 _____ 日退職等 5. 死亡 _____ 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)