

記入例 | 資格喪失届

令和 元 年 5 月 1 日提出

提出者記入欄	健康保険 被保険者証記号	1	2	3	4	事業所 番号					
	厚生年金保険 事業所整理記号										
	事業所 所在地	〒 111 - 1111 東京都〇〇区〇〇町1-2-3									
	事業所 名称	〇〇〇〇 株式会社									
事業主 氏名	代表取締役社長 〇〇 〇〇〇										
電話番号	03 (1234) 5678										
							* 事業主の押印は、署名（自筆）の場合は省略できます。 社会保険労務士記載欄 氏名等 〇〇〇〇 (印)				
被保険者1	① 被保険者 番号	12	② 氏名	フリガナ 氏 〇〇〇 名 〇〇〇	〇〇	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 1 0 1 2 0 1	月 1 0 1 2 0 1	日 1 0 1 2 0 1	
	④ 個人番号					⑤ 喪失 年月日	9. 令和	0 1	年 0 5	月 0 1	日 0 1
	⑥ 喪失原因					④. 退職等 平成31年4月30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)					
	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 3 枚 返不能 枚 減失 枚					

記入方法 | 記入例を参考に次の事項に注意のうえご記入ください。

- ① 被保険者番号
資格取得時に払い出された被保険者番号(保険証番号)をご記入ください。
- ② 氏名
住民票に登録されている氏名をご記入ください。(フリガナはカタカナでご記入ください。)
- ④ 個人番号
記入不要です。
- ⑤ 喪失年月日
次の喪失理由により、喪失年月日をご記入ください。
 - ・ 退職等：退職日の翌日、転勤の当日、雇用契約変更の当日
 - ・ 死亡：死亡日の翌日
 - ・ 75歳到達により後期高齢者医療に該当：誕生日の当日
 - ・ 65歳以上75歳未満で障害認定により後期高齢者医療に該当：認定日の当日
- ⑥ 喪失原因
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ご記入ください。)
- ⑦ 備考
「1.二以上事業所勤務者の喪失」は、2カ所以上の適用事業所で勤務している被保険者が喪失する場合に○で囲んでください。
60歳以上の者で、退職した者が1日の空白もなく引き続き再雇用された場合、「2.退職後の継続再雇用者の喪失」を○で囲み、この届書とあわせて『被保険者資格取得届』をご提出ください。
転勤により資格喪失する場合は、「3.その他」を○で囲み、()内に「〇〇年〇〇月〇〇日転勤」とご記入ください。
「保険証の回収」欄には、添付した保険証の枚数等をご記入ください。

添付書類

- 本人及び被扶養者すべての「健康保険被保険者証」
- 健康保険被保険者証が回収できないときは、「被保険者証回収不能届」
- 健康保険高齢受給者証が交付されているときは「健康保険高齢受給者証」