

健康保険 被保険者資格喪失届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

令和 年 月 日 提出

受付日付印

提出者記入欄	事業所整理記号	事業所記号			
	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 被保険者番号	② 氏名	(フリガナ) 氏名	③ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	④ 個人番号	⑤ 喪失年月日		令和	年	月	日	⑥ 喪失原因
	⑦ 備考	資格確認書回収 添付 枚		健康保険証回収 添付 枚	⑧ 70歳不該当			

被保険者2	① 被保険者番号	② 氏名	(フリガナ) 氏名	③ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	④ 個人番号	⑤ 喪失年月日		令和	年	月	日	⑥ 喪失原因
	⑦ 備考	資格確認書回収 添付 枚		健康保険証回収 添付 枚	⑧ 70歳不該当			

被保険者3	① 被保険者番号	② 氏名	(フリガナ) 氏名	③ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	④ 個人番号	⑤ 喪失年月日		令和	年	月	日	⑥ 喪失原因
	⑦ 備考	資格確認書回収 添付 枚		健康保険証回収 添付 枚	⑧ 70歳不該当			

被保険者4	① 被保険者番号	② 氏名	(フリガナ) 氏名	③ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	④ 個人番号	⑤ 喪失年月日		令和	年	月	日	⑥ 喪失原因
	⑦ 備考	資格確認書回収 添付 枚		健康保険証回収 添付 枚	⑧ 70歳不該当			

記入方法

- 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 : 該当する年号を○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。

(昭和)	年	月	日
平成	6	3	0
令和			5
			0
			3

- ④ 個 人 番 号 : 個人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 原 因 : 下図を参照し、該当する喪失原因を○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。

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
死亡	死亡した場合
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
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 : 必要に応じて記入してください。
添付した資格確認書または健康保険証の枚数等をご記入ください。
※資格確認書または健康保険証、高齢受給者証が回収できない、滅失した場合はこの届書と併せて『健康保険 資格確認書 被保険者証 高齢受給者証 滅失・回収不能届』の提出が必要です。