

健康保険 被保険者資格喪失届

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	被保険者等記号	
	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 電話番号	()

受付印

社会保険労務士記載欄 氏名等

被保険者1	① 被保険者 等番号	② フリガナ 氏名	氏 名	③ 生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 9.令和
	④ 個人 番号	⑤ 喪失 年月日	9. 令和 年 月 日	⑥ 喪失 原因	4. 退職等 令和 年 月 日退職等 5. 死 亡 令和 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) 11. 社会保障協定
	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		資格確認書等回収 添 付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 減 失 _____ 枚	⑧ 70歳 不該当

被保険者2	① 被保険者 等番号	② フリガナ 氏名	氏 名	③ 生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 9.令和
	④ 個人 番号	⑤ 喪失 年月日	9. 令和 年 月 日	⑥ 喪失 原因	4. 退職等 令和 年 月 日退職等 5. 死 亡 令和 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) 11. 社会保障協定
	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		資格確認書等回収 添 付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 減 失 _____ 枚	⑧ 70歳 不該当

被保険者3	① 被保険者 等番号	② フリガナ 氏名	氏 名	③ 生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 9.令和
	④ 個人 番号	⑤ 喪失 年月日	9. 令和 年 月 日	⑥ 喪失 原因	4. 退職等 令和 年 月 日退職等 5. 死 亡 令和 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) 11. 社会保障協定
	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		資格確認書等回収 添 付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 減 失 _____ 枚	⑧ 70歳 不該当

被保険者4	① 被保険者 等番号	② フリガナ 氏名	氏 名	③ 生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 9.令和
	④ 個人 番号	⑤ 喪失 年月日	9. 令和 年 月 日	⑥ 喪失 原因	4. 退職等 令和 年 月 日退職等 5. 死 亡 令和 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) 11. 社会保障協定
	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		資格確認書等回収 添 付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 減 失 _____ 枚	⑧ 70歳 不該当

記入例 | 資格喪失届

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日提出

提出者記入欄	被保険者等記号	1 2 3 4	厚生年金保険 事業所整理記号		事業所 番号	
	事業所 所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 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					
社会保険労務士記載欄 氏名等						
被保険者1	① 被保険者 等番号	12	② 氏名	フリガナ 〇〇〇 氏 〇〇〇 名 〇〇	③ 生年月日	5昭和 令和 平成 1 0 1 2 0 1 年 月 日
	④ 個人 番号	⑤ 喪失 年月日		9 令和 0 1 0 6 0 1 年 月 日	⑥ 喪失 原因	④ 退職等 令和 元 年 5 月 31 日退職等 5. 死亡 令和 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) 11. 社会保障協定
	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	資格確認書等回収 添付 3 枚 返不能 枚 減失 枚	⑧ 70歳 不該当

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
等番号 | 資格取得時に払い出された健康保険の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 | 個人番号の記入は不要です。 |
| 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
・社会保障協定：社会保障協定発効の当日、相手国法令の適用となった日の翌日 |
| 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 | 該当する番号を○で囲んでください。
退職後の継続再雇用者の喪失の場合は、「資格取得届」及び「必要書類」を併せて提出してください。
「資格確認書等の回収」欄には、添付した資格確認書又は健康保険証の枚数をご記入ください。 |

添付書類

- 本人及び被扶養者すべての「資格確認書」又は「健康保険証」(交付されている方のみ)
- 資格確認書等が紛失等で添付できないときは、「資格確認書減失届」又は「被保険者証(カード証)減失届」
- 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」