

健康保険 被保険者資格喪失日訂正届

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	〒 111 - 1111 東京都〇〇区〇〇町1-2-3				
	事業所 名称	〇〇〇株式会社				
	事業主 氏名	代表取締役社長 〇〇 〇〇				
電話番号	03	(1234)	5678	

受付印

届出名には「訂正届」と朱書きしてください

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	123	② 氏名	フリガナ ケンポ 氏 健保 名 太郎	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	0 5 1 0 1 0
	④ 個人番号	/			⑤ 喪失年月日	9.令和	年 月 日	0 3 0 5 3 1
	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

被保険者2	① 被保険者等番号		② 氏名	フリガナ 氏	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	
	④ 個人番号	/			⑤ 喪失年月日	9.令和	年 月 日	
	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

「誤」は朱書き
「正」は黒書き で2段書きしてください

被保険者3	① 被保険者等番号		② 氏名	フリガナ 氏	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	
	④ 個人番号	/			⑤ 喪失年月日	9.令和	年 月 日	
	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

被保険者4	① 被保険者等番号		② 氏名	フリガナ 氏	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	
	④ 個人番号	/			⑤ 喪失年月日	9.令和	年 月 日	
	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