

健康保険 被保険者資格喪失日訂正届

令和 3 年 4 月 5 日提出

提出者記入欄
健康保険被保険者証記号 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

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 被保険者証番号 123
② 氏名 フリガナ ケンボ 氏 名 タロウ 太郎
③ 生年月日 5.昭和 平成 0 5 1 0 1 0
④ 個人番号
⑤ 喪失年月日 令和 0 3 0 5 3 1
⑥ 喪失原因 4. 退職等 | 令和 3 年 5 月 31 日退職等
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
保険証回収 添付 枚 返不能 枚 滅失 枚
⑧ 70歳不該当

被保険者2
① 被保険者証番号
② 氏名 フリガナ 氏 名
③ 生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和
④ 個人番号
⑤ 喪失年月日
⑥ 喪失原因 4. 退職等 | 令和 年 月 日退職等
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
保険証回収 添付 枚 返不能 枚 滅失 枚
⑧ 70歳不該当

「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 被保険者証番号
② 氏名 フリガナ 氏 名
③ 生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和
④ 個人番号
⑤ 喪失年月日
⑥ 喪失原因 4. 退職等 | 令和 年 月 日退職等
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
保険証回収 添付 枚 返不能 枚 滅失 枚
⑧ 70歳不該当

被保険者4
① 被保険者証番号
② 氏名 フリガナ 氏 名
③ 生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和
④ 個人番号
⑤ 喪失年月日
⑥ 喪失原因 4. 退職等 | 令和 年 月 日退職等
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
保険証回収 3381 添付 枚 返不能 枚 滅失 枚
⑧ 70歳不該当