

様式コード
2 2 0 1

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	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	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	
	④ 喪失年月日	9.令和	年 月 日	⑤ 保険証回収	添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	⑥ 喪失 (不該当) 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)
	⑦ 備考						

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	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	
	④ 喪失年月日	9.令和	年 月 日	⑤ 保険証回収	添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	⑥ 喪失 (不該当) 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)
	⑦ 備考						

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	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	
	④ 喪失年月日	9.令和	年 月 日	⑤ 保険証回収	添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	⑥ 喪失 (不該当) 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)
	⑦ 備考						

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	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	
	④ 喪失年月日	9.令和	年 月 日	⑤ 保険証回収	添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	⑥ 喪失 (不該当) 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)
	⑦ 備考						

記入方法

提出者記入欄 : 事業所記号は、新規適用時に付された記号を記入してください。

事業所 記号	1	2	3	4	5
-----------	---	---	---	---	---

①被保険者番号 : 資格取得時に払い出し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 : 年号は該当する番号を○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。

⑤昭和	年	月	日
7.平成	6	3	0
9.令和			5
			0
			3

④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(不該当)原因 : 下図を参照し、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()内に記入してください。

4. 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
5. 死亡	死亡した場合
7. 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
9. 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。