

承認印

係

喪失

健康保険 被保険者資格喪失届

令和 年 月 日提出

受付印

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	(印)
電話番号	()	

社会保険労務士記載欄 氏名等
(印)

被保険者1	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	年 月 日
	④ 住所		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) 6. 75 歳到達の喪失 7. 障害認定の喪失
	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()		⑧ 保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 (回収不能届必要) 滅失 _____ 枚 (滅失届必要)	⑨ 限度額認定証 回収 _____ 枚 高年齢受給者証 回収 _____ 枚	⑩ その他	

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	年 月 日
	④ 住所		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) 6. 75 歳到達の喪失 7. 障害認定の喪失
	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()		⑧ 保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 (回収不能届必要) 滅失 _____ 枚 (滅失届必要)	⑨ 限度額認定証 回収 _____ 枚 高年齢受給者証 回収 _____ 枚	⑩ その他	

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	年 月 日
	④ 住所		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) 6. 75 歳到達の喪失 7. 障害認定の喪失
	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()		⑧ 保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 (回収不能届必要) 滅失 _____ 枚 (滅失届必要)	⑨ 限度額認定証 回収 _____ 枚 高年齢受給者証 回収 _____ 枚	⑩ その他	

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	年 月 日
	④ 住所		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) 6. 75 歳到達の喪失 7. 障害認定の喪失
	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()		⑧ 保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 (回収不能届必要) 滅失 _____ 枚 (滅失届必要)	⑨ 限度額認定証 回収 _____ 枚 高年齢受給者証 回収 _____ 枚	⑩ その他	

記入例 | 資格喪失届

令和 1 年 5 月 2 日提出

提出者記入欄	事業所記号	1 2 3 4
	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 事業主氏名	〇〇〇〇 株式会社 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 被保険者証番号	125	② 氏名	フリガナ 〇〇〇 〇〇 氏 〇〇〇 名 〇〇	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 1 0 1 2 0 1
	④ 住所	〒123-4567 千葉県〇〇市〇〇町4-5-6-701	⑤ 喪失年月日	9.令和 0 1 0 5 0 1	⑥ 喪失原因	④. 退職等 令和 1年 4月30日退職等 5. 死亡 令和 年 月 日死亡 6. 75歳到達 (健康保険のみ喪失)
	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 3 枚 返不能 枚 回収不能届必要 減失 枚 減失届必要	限度額認定証 回収 1 枚 高齢受給者証 回収 枚	⑧ その他

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 被保険者証番号 | 資格取得時に払い出された被保険者番号(被保険者証番号)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 住所 | 現住所をご記入ください。 |
| 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 |
| 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 | 「保険証の回収、限度額認定証の回収、高齢受給者証の回収」欄には、回収した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「健康保険被保険者証」
- 健康限度額認定証が交付されているときは「限度額認定証」
- 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」
- 被保険者証が添付できないとき「被保険者証回収不能届」または「被保険者証減失届」