

## 喪失

## 健康保険 被保険者資格喪失届

承認印

係

令和 年 月 日提出

受付印

提出者記入欄	事業所記号 (被保険者証記号)	
	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 被保険者証番号	② 氏名 フリガナ 氏 名	③ 生年月日 5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日
	④ 住所 〒 - 電話 ( )	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( )	保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 (回収不能) 滅失 _____ 枚 (滅失届必)	限度額認定証 回収 _____ 枚 高齢受給者証 回収 _____ 枚 ⑧ 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 年 月 日 7. 平成 年 月 日
	④ 住所 〒 - 電話 ( )	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( )	保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 (回収不能) 滅失 _____ 枚 (滅失届必)	限度額認定証 回収 _____ 枚 高齢受給者証 回収 _____ 枚 ⑧ 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 年 月 日 7. 平成 年 月 日
	④ 住所 〒 - 電話 ( )	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( )	保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 (回収不能) 滅失 _____ 枚 (滅失届必)	限度額認定証 回収 _____ 枚 高齢受給者証 回収 _____ 枚 ⑧ 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 年 月 日 7. 平成 年 月 日
	④ 住所 〒 - 電話 ( )	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( )	保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 (回収不能) 滅失 _____ 枚 (滅失届必)	限度額認定証 回収 _____ 枚 高齢受給者証 回収 _____ 枚 ⑧ その他

記入例 | 資格喪失届

令和 4 年 8 月 2 日提出

提出者記入欄	事業所記号 (被保険者証記号)	3456		〒 111 - 1111		東京都〇〇区〇〇町 1-2-3		〇〇〇〇 株式会社		代表取締役社長 〇〇 〇〇〇		03 ( 1234 ) 5678		社会保険労務士記載欄   氏名等	
	事業所所在地	事業所名称	事業主氏名	電話番号											
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		③ 生年月日	5. 昭和		年	月	日
	④ 住所	〒123-4567		千葉県〇〇市〇〇町4-5-6-701		⑤ 喪失年月日	令和	04	08	01	⑥ 喪失原因	4. 退職等 (令和 4 年 7 月 31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( )		保険証回収 添付 3 枚 返不能 枚 (回収不能届 減失 枚 (減失届必須)		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」