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

健康保険 被保険者等記号	
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	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） 7. 75 歳到達 の喪失　9. .障害認定の喪失 12. 特定減額特例対象者の任意喪失	
⑦ 備　考	該当する項目を〇で囲んでください。 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（　　）	資格確認書回収 添　付 ＿＿＿枚 返不能 ＿＿＿枚（回収不能届必要） 滅　失 ＿＿＿枚（滅失届必要）			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 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	〒　　－ 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） 7. 75 歳到達 の喪失　9. 障害認定の喪失 12. 特定減額特例対象者の任意喪失	
⑦ 備　考	該当する項目を〇で囲んでください。 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（　　）	資格確認書回収 添　付 ＿＿＿枚 返不能 ＿＿＿枚（回収不能届必要） 滅　失 ＿＿＿枚（滅失届必要）			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 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 ①住　所	〒　　－ ② 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） 7. 75 歳到達 の喪失　9. .障害認定の喪失 12. 特定減額特例対象者の任意喪失	
⑦ 備　考	該当する項目を〇で囲んでください。 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（　　）	資格確認書回収 添　付 ＿＿＿枚 返不能 ＿＿＿枚（回収不能届必要） 滅　失 ＿＿＿枚（滅失届必要）			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 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	〒　　－ 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） 7. 75 歳到達 の喪失　9. .障害認定の喪失 12. 特定減額特例対象者の任意喪失	
⑦ 備　考	該当する項目を〇で囲んでください。 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（　　）	資格確認書回収 添　付 ＿＿＿枚 返不能 ＿＿＿枚（回収不能届必要） 滅　失 ＿＿＿枚（滅失届必要）			限度額認定証 回　収 ＿＿＿枚 高齢受給者証 回　収 ＿＿＿枚	⑧ その他	

〒103-0007東京都中央区日本橋浜町2-42-10　東京紙商健康保険組合

記入例｜資格喪失届

令和　8　年　10　月　1　日提出

提出者記入欄		
	健康保険被保険者等記号	1234
	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	〇〇〇〇　株式会社
	事業主氏名	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 1 年 1 2 月 0 1 日	
④ 住所	〒123-4567 千葉県〇〇市〇〇町4-5-6-701 電話　080　(3456)　7890	⑤ 喪失年月日	9. 令和　0 8 年 1 0 月 0 1 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） 7. 75歳到達の喪失　9. 障害認定の喪失 12. 特定減額特例対象者の任意喪失	
⑦ 備考	該当する項目を〇で囲んでください。 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（　）	資格確認書回収 添付　1 枚 返不能　　枚（回収不能届必要） 滅失　　枚（滅失届必要）		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 被保険者番号	資格取得時に払い出された被保険者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	該当する番号を〇で囲んでください。（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	「資格確認書の回収、限度額認定証の回収、高齢受給者証の回収」欄には、回収した枚数をご記入ください。

添付書類（当健保から発行されている各種証等はすべてご返却ください。）

〇 本人及び被扶養者の「資格確認書」「限度額認定証」「健康保険高齢受給者証」等

〇 資格確認書が発行されており、添付できないときは「回収不能届」または「滅失届」