

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	年	月	日	7. 平成
	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 ()			資格確認書回収 添 付 ----- 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 ----- 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	年	月	日	7. 平成
	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 ()			資格確認書回収 添 付 ----- 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 ----- 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	年	月	日	7. 平成
	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 ()			資格確認書回収 添 付 ----- 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 ----- 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	年	月	日	7. 平成
	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 ()			資格確認書回収 添 付 ----- 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 ----- 枚 高齢受給者証 回 収 ----- 枚		⑧ その他		

記入例 | 資格喪失届

令和 8 年 8 月 3 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 氏 〇〇〇	〇〇 〇〇	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成	年 1 1	月 1 2	日 0 1
	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	年 0 8	月 0 8	日 0 1	⑥ 喪失 原因	4. 退職等 (令和 8 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 ()		資格確認書回収 添付 1 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
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。 <ul style="list-style-type: none">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 | 「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。)

- 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
- 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「減失届」