

健康保険 被保険者資格喪失届

常務理事	事務局長	課長	係長	扱者

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	
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)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	④ 種別	1.男 2.女
⑤ 個人番号	⑥ 喪失年月日		9令和	年	月	日	⑦ 喪失(不該当)原因	1.退職等(令和 年 月 日退職等) 2.死亡(令和 年 月 日死亡) 3.75歳到達 4.障害認定
⑧ 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 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失		保険証回収	添付	減失	返不能	⑨ 70歳不該当	

被保険者2

① 被保険者番号	② 氏名 (フリガナ) (氏)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	④ 種別	1.男 2.女
⑤ 個人番号	⑥ 喪失年月日		9令和	年	月	日	⑦ 喪失(不該当)原因	1.退職等(令和 年 月 日退職等) 2.死亡(令和 年 月 日死亡) 3.75歳到達 4.障害認定
⑧ 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 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失		保険証回収	添付	減失	返不能	⑨ 70歳不該当	

被保険者3

① 被保険者番号	② 氏名 (フリガナ) (氏)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	④ 種別	1.男 2.女
⑤ 個人番号	⑥ 喪失年月日		9令和	年	月	日	⑦ 喪失(不該当)原因	1.退職等(令和 年 月 日退職等) 2.死亡(令和 年 月 日死亡) 3.75歳到達 4.障害認定
⑧ 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 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失		保険証回収	添付	減失	返不能	⑨ 70歳不該当	

被保険者4

① 被保険者番号	② 氏名 (フリガナ) (氏)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	④ 種別	1.男 2.女
⑤ 個人番号	⑥ 喪失年月日		9令和	年	月	日	⑦ 喪失(不該当)原因	1.退職等(令和 年 月 日退職等) 2.死亡(令和 年 月 日死亡) 3.75歳到達 4.障害認定
⑧ 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 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失		保険証回収	添付	減失	返不能	⑨ 70歳不該当	

被保険者5

① 被保険者番号	② 氏名 (フリガナ) (氏)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	④ 種別	1.男 2.女
⑤ 個人番号	⑥ 喪失年月日		9令和	年	月	日	⑦ 喪失(不該当)原因	1.退職等(令和 年 月 日退職等) 2.死亡(令和 年 月 日死亡) 3.75歳到達 4.障害認定
⑧ 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 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失		保険証回収	添付	減失	返不能	⑨ 70歳不該当	

