

健康保険 被保険者資格喪失届

常務理事	事務局長	課長	課長補佐	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) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	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		資格確認書回収	添付 枚 減失 枚 返不能 枚	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) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	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		資格確認書回収	添付 枚 減失 枚 返不能 枚	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) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	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		資格確認書回収	添付 枚 減失 枚 返不能 枚	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) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	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		資格確認書回収	添付 枚 減失 枚 返不能 枚	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) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	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		資格確認書回収	添付 枚 減失 枚 返不能 枚	⑨	70歳不該当

記入例

令和 6 年 12 月 2 日提出

提出者記入欄	事業所記号	9999			
	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	代表取締役社長 〇〇 〇〇〇			
	電話番号	01 (2345) 6789			
被保険者1	① 被保険者番号	999	② (フリガナ) 氏名 〇〇〇 (氏) 〇〇〇〇 (名) 〇〇〇〇〇	③ 生年月日 5.昭和 9.平成 令和 0 2 1 2 0 1	④ 種別 1.男 2.女
	⑤ 個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	⑥ 喪失年月日 9.令和 0 7 0 4 0 1	⑦ 喪失(不該当)原因 1.退職等(令和7年3月31日退職等) 2.死亡(令和7年3月31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 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 減失 返不能 1 枚 枚 枚 9 70歳不該当
	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 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 減失 返不能 1 枚 枚 枚 9 70歳不該当			
	⑨ 70歳不該当	70歳不該当の記入は不要です。			

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。)
- ③生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照しご記入ください。
- | | | | |
|--------------------|---|---|---|
| 5.昭和
9.平成
令和 | 年 | 月 | 日 |
| 0 | 2 | 1 | 2 |
| 0 | 1 | 2 | 0 |
| 1 | | | |
- ④種別 : 男性は1、女性は2と該当する番号を○で囲んでください。
- ⑤個人番号 : 個人番号(マイナンバー)をご記入ください。
- ⑥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
- ⑦喪失(不該当)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。)
- ⑧備考 : 「1.二以上事業所勤務者の喪失」は、2ヵ所以上の適用事業所で勤務している被保険者が喪失する場合に○で囲んでください。60歳以上の者で、退職した者が1日の空白もなく引き続き再雇用された場合、「2.退職後の継続再雇用者の喪失」を○で囲み、この届書とあわせて『被保険者資格取得届』をご提出ください。転勤により資格喪失する場合は、「3.その他」を○で囲み、()内に「令和〇年〇月〇日転勤」とご記入ください。「資格確認書回収」欄は、回収した枚数を「添付」、減失により回収できなかった枚数を「減失」、その他の理由で回収できなかった枚数を「返不能」にご記入ください。なお、減失の場合は『資格確認書減失届』、返不能の場合は『資格確認書回収不能届』をご提出ください。
- ⑨70歳不該当 : 70歳不該当の記入は不要です。

添付書類

- 資格確認書の交付を受けた方(本人及び被扶養者すべて)の「資格確認書」
※資格確認書を減失した場合は、『資格確認書減失届』をご提出ください。
※資格確認書が回収できない場合は、『資格確認書回収不能届』をご提出ください。
- 高齢受給者証が交付されているときは「高齢受給者証」
- 60歳以上の方で退職後の継続再雇用の場合
ア.就業規則・退職辞令のコピー等退職日が確認できる書類および継続して再雇用されたことが確認できる雇用契約書のコピー
イ.上記「ア」の書類が添付できない場合、事業主の証明書(退職日、再雇用日が記載され事業主印が押印されているもの)等
- 「⑥喪失年月日」に記入した日付が届書の受付年月日から2ヵ月以上さかのぼる場合は、退職日のわかる書類と遅延理由書

お知らせ

- 保険料の負担は、資格喪失月の前月分までとなります。退職による資格喪失の場合、喪失日は退職日の翌日となるため、月末に退職した場合は退職月の保険料まで控除する必要がありますのでご注意ください。
- 退職後の健康保険の任意継続を希望する場合は、当健康保険組合 業務第1課(03-6226-4533)にお問い合わせください。