

被保険者資格喪失届

令和 年 月 日 提出

受付日付印

提出者記入欄	事業所記号					
	事業所整理記号				-	
	事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 -				
	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 個人番号	<div></div>			⑤ 喪失年月日	9.令和	年 月 日
	⑥ 喪失(不該当)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(健康保険のみ喪失) 9. 障害認定(健康保険のみ喪失)		
⑦ 備考	該当する項目があれば○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	

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 個人番号	<div></div>			⑤ 喪失年月日	9.令和	年 月 日
	⑥ 喪失(不該当)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(健康保険のみ喪失) 9. 障害認定(健康保険のみ喪失)		
⑦ 備考	該当する項目があれば○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	

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 個人番号	<div></div>			⑤ 喪失年月日	9.令和	年 月 日
	⑥ 喪失(不該当)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(健康保険のみ喪失) 9. 障害認定(健康保険のみ喪失)		
⑦ 備考	該当する項目があれば○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	

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 個人番号	<div></div>			⑤ 喪失年月日	9.令和	年 月 日
	⑥ 喪失(不該当)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(健康保険のみ喪失) 9. 障害認定(健康保険のみ喪失)		
⑦ 備考	該当する項目があれば○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	

記入方法

提出者記入欄：事業所整理記号・事業所番号は下図を参照し、新規適用時または、名称・所在地変更時に付された記号・番号を記入してください。

事業所 記号	9	9	9	9					
事業所 整理記号			0	1	-	イ	ロ	ハ	

- ①被保険者整理番号：資格取得時に払い出しされた被保険者整理番号を、必ず記入してください。
- ②氏名：氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。
- 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記入してください。

5.昭和		年		月		日
7.平成	6	3	0	5	0	3
9.令和						

- ④個人番号：個人番号の記載は不要です。

- ⑤喪失年月日：下図を参照し、喪失年月日を記入してください。

退職等による資格喪失	退職日の翌日 転勤の当日 雇用契約の変更の当日
死亡による資格喪失	死亡日の翌日
75歳到達による健康保険の資格喪失	誕生日の当日
障害認定による健康保険の資格喪失	認定日の当日

- ⑥喪失(不該当)原因：下図を参照し、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()内に記入してください。

4. 退職等	退職した場合、雇用契約の変更等により被保険者の適用対象外となった場合、退職後に継続して再雇用した場合
5. 死亡	死亡した場合
7. 75歳到達	75歳に到達したことで後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合
9. 障害認定	65歳以上75歳未満の方で、障害認定により後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合

- ⑦備考：「1.二以上事業所勤務者の喪失」は、2カ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、この届書と併せて「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「00年00月00日転勤」とご記入ください。