

# 健康保険 被保険者資格喪失届

提出者記入欄	事業所番号	被保険者証の記号			
			令和	年	月
			日提出		
	事業所所在地	〒 _____			
事業所名称					
事業主氏名					
連絡先	TEL _____				

常務理事	事務長	課長	係長	係員

社会保険労務士の提出代行者記入欄
TEL _____

被保険者1	①被保険者証の番号	②氏名 (フリガナ)		③性別	④生年月日			⑤被扶養者の有無	
		氏	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	⑥資格喪失年月日※		⑦資格喪失原因および日付				⑧標準報酬月額		
	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 死亡 (令和 年 月 日死亡)				千円
					<input type="checkbox"/> 勤務形態の変更 <input type="checkbox"/> 退職 (令和 年 月 日退職)				
⑨被保険者の住所 (郵便番号及び都道府県からご記入ください)					⑩被保険者証回収区分		⑪備考		
〒 _____					<input type="checkbox"/> 添付 ( 枚) <input type="checkbox"/> 返不能 <input type="checkbox"/> 滅失				
TEL _____									

被保険者2	①被保険者証の番号	②氏名 (フリガナ)		③性別	④生年月日			⑤被扶養者の有無	
		氏	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	⑥資格喪失年月日※		⑦資格喪失原因および日付				⑧標準報酬月額		
		年	月	日	<input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 死亡 (令和 年 月 日死亡)				千円
					<input type="checkbox"/> 勤務形態の変更 <input type="checkbox"/> 退職 (令和 年 月 日退職)				
⑨被保険者の住所 (郵便番号及び都道府県からご記入ください)					⑩被保険者証回収区分		⑪備考		
〒 _____					<input type="checkbox"/> 添付 ( 枚) <input type="checkbox"/> 返不能 <input type="checkbox"/> 滅失				
TEL _____									

被保険者3	①被保険者証の番号	②氏名 (フリガナ)		③性別	④生年月日			⑤被扶養者の有無	
		氏	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	⑥資格喪失年月日※		⑦資格喪失原因および日付				⑧標準報酬月額		
	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 死亡 (令和 年 月 日死亡)				千円
					<input type="checkbox"/> 勤務形態の変更 <input type="checkbox"/> 退職 (令和 年 月 日退職)				
⑨被保険者の住所 (郵便番号及び都道府県からご記入ください)					⑩被保険者証回収区分		⑪備考		
〒 _____					<input type="checkbox"/> 添付 ( 枚) <input type="checkbox"/> 返不能 <input type="checkbox"/> 滅失				
TEL _____									

※資格喪失年月日は退職日または死亡日の翌日、もしくは75歳の誕生日の当日です。

受 付 印