健康保険 被保険者資格喪失届

										常務理事	事務長	課長	係 長	係 員	
事業所記号															
				令和	年	月	日提出								
	被保険者	攻珊			氏	名(フリカ	h*+)		性別		生年月日		油井盖	者の有無	
	放体队日正任由了				- Д	1 1	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •			O 17750	エーグロ		日	H ON H MK	
			氏			名			〇 男	〇昭和			○有	○ 無	
								○ 女 ○ 平成		<u> </u>					
被	資格喪失年月日※				資格喪失原因およ								標準報酬月額		
保险	令和 年		月	日	_		◯ 75歳到達	_	死亡 (令和 年		月 日 死亡)				
保険者	12.18			〇 勤利	◯ 勤務形態の変更		◯ 退職 (令和		年	月	日 退職)				
1					喪失後に連絡が取れる住所等をご記入くだ				い)		資格確	資格確認書回収区分		備考	
	₹ -									○添	○ 添付				
										〇 返	○ 返不能				
				TEL					_	〇 滅	失	枚			
							166				Ü		14		
	被保険者	と理番号			氏	名(フリカ	h*+)		性別		生年月日		被共差	者の有無	
被促	MANA	5年日 7			~	1 1	• • • •			〇昭和	エーバロ		日	H 4 N H M	
			氏			名			〇男	_		-	○有	無	
						Ш			〇女	〇 平成	<u> </u>				
	資格喪失年月日※												標準報	標準報酬月額	
休除	令和	年	月	日	〇 再月		75歳到達	_	亡 (令和		月	日 死亡)			
保険者			<u> </u>		〇 勤羽				職(令和	年	月	日 退職)		千円	
2	被床院有任所(安大後に連絡が取れる任所寺をこれ入へたさい)										資格確	認書回収区分		考	
	₸ -										◯添	付回収枚数			
											〇 返	不能			
							TEL	_	_	_	◯ 滅	失	枚		
												!	•		
	被保険者	隆理番号			氏	名(フリカ	j †)		性別		生年月日		被扶養	者の有無	
									〇男	〇昭和	年	月	1	_	
			氏			名			〇女	〇平成	1 1		〇有	○無	
被	資格 喪失年		B F 3%	B.X.									標準報酬月額		
保	資格喪失年月日※									月	日 死亡)	135-1-1	以別の方式		
保険者	令和		"		〇動		•	_	職(令和		月	日 退職)		千円	
者	被保険者住所(喪失後に連絡が取れる住所等をご記入ください)											資格確認書回収区分		117	
3												○ 添付 回収枚数		1 73	
											_	ניו			
											〇 返:				
							TEL	-	-	-	○ 滅:	失	枚		
※資	格喪失年月	日は退職日	ヨまたはタ	正亡日の	翌日、もしく	は75歳	の誕生日の当日	です。							
		上記届出	記入に誰	いがない	ことを確認	しました	•				社会保障	労務士記入欄			
	上記届出記入に誤りがな											20 12 1 HOV (IM			
車	事業所 所在地														
業															
所	事業所 名 称														
事業所記入欄	事業主														
欄	氏名									/	受	付 印	\		
	連絡先				TEL										

この届書は、「従業員が退職した場合」、「60歳以上の方で退職後に継続して再雇用した場合」 「従業員が死亡した場合」、「従業員が75歳に到達した場合」にご提出いただくものです。

記入方法

【提出者記入欄】

事業所記号 :健康保険で使用している事業所記号です。1桁~3桁の数字をご記入ください。

【被保険者1.2.3.】

被保険者整理番号 氏名(フリガナ)

性別

生年月日

: 資格確認書および資格情報のお知らせ等をご確認の上、ご記入ください。

※ 被保険者整理番号は1桁~6桁の数字です。

※ 生年月日は該当する年号を選択してください。

被扶養者の有無 : 被扶養者がいる方は「有」を選択してください。

「有」を選択した方で、資格確認書をお持ちの方は被扶養者の分も回収対象になります。

(資格確認書回収区分参照)

資格喪失年月日 : 喪失の日付をご記入ください。

※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。

資格喪失原因

および日付

:資格喪失の根拠となる原因を選択し、退職の場合は「退職日」を、死亡の場合は「死亡日」を

ご記入ください。(記入必須)

なお、資格喪失と原因双方の関係は下図を参照してご記入ください。

原 因	喪失の日付				
再雇用	雇用契約				
勤務形態の変更	変更の当日				
75歳到達	誕生日の当日				
退職	退職日の翌日				
死 亡	死亡日の翌日				

標準報酬月額 : 該当者の健康保険の「標準報酬月額」をご記入ください。

被保険者住所 : 喪失後でも健保よりご連絡する場合がありますので、連絡が取れる住所・電話番等を正確に

ご記入ください。

資格確認書 : 返却する資格確認書の枚数をご記入ください。

回収区分 被扶養者がいる場合は、被扶養者分も含めた資格確認書の枚数をご記入ください。

当健保組合より発行した各種「高齢受給者証」「健康保険特定疾病療養受給者証」

「限度額適用認定証」等をお持ちでしたらあわせてご返却ください。