

健康保険 被保険者資格喪失届

事業所記号

令和 年 月 日提出

常務理事	事務長	課長	係長	係員

被保険者 1

被保険者整理番号	氏名(フリガナ)		性別	生年月日		被扶養者の有無
	氏	名	☐ 男 ☐ 女	☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日	☐ 有 ☐ 無
資格喪失年月日※		資格喪失原因および日付				標準報酬月額
令和	年 月 日	☐ 再雇用 ☐ 75歳到達 ☐ 死亡(令和 年 月 日死亡) ☐ 勤務形態の変更 ☐ 退職(令和 年 月 日退職)				千円
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	備考
〒 -					☐ 添付 ☐ 返不能 ☐ 減失	回収枚数 枚
TEL - -						

被保険者 2

被保険者整理番号	氏名(フリガナ)		性別	生年月日		被扶養者の有無
	氏	名	☐ 男 ☐ 女	☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日	☐ 有 ☐ 無
資格喪失年月日※		資格喪失原因および日付				標準報酬月額
令和	年 月 日	☐ 再雇用 ☐ 75歳到達 ☐ 死亡(令和 年 月 日死亡) ☐ 勤務形態の変更 ☐ 退職(令和 年 月 日退職)				千円
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	備考
〒 -					☐ 添付 ☐ 返不能 ☐ 減失	回収枚数 枚
TEL - -						

被保険者 3

被保険者整理番号	氏名(フリガナ)		性別	生年月日		被扶養者の有無
	氏	名	☐ 男 ☐ 女	☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日	☐ 有 ☐ 無
資格喪失年月日※		資格喪失原因および日付				標準報酬月額
令和	年 月 日	☐ 再雇用 ☐ 75歳到達 ☐ 死亡(令和 年 月 日死亡) ☐ 勤務形態の変更 ☐ 退職(令和 年 月 日退職)				千円
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	備考
〒 -					☐ 添付 ☐ 返不能 ☐ 減失	回収枚数 枚
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。

上記届出記入に誤りがないことを確認しました。	
事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
連絡先	TEL - -

社会保険労務士記入欄

受 付 印

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 } : 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。
氏名(フリガナ) ※ 被保険者整理番号は1桁～6桁の数字です。
性別 ※ 生年月日は該当する年号を選択してください。
生年月日

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 : 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
および日付 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 変更の当日
勤務形態の変更	
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・電話番号等を正確に
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。