

健康保険 被保険者資格喪失届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

令和 年 月 日 提出

事業所整理記号	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	()		

受付日付印

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	昭和 平成 令和	年	月	日
	④ 個人番号				⑤ 喪失年月日	令和	年	月	日
	⑥ 喪失原因	退職等(令和 年 月 日退職等) 死亡(令和 年 月 日死亡) 75歳到達 障害認定 社会保障協定							
	⑦ 備考				資格確認書回収	⑧ 70歳不該当	添付枚		

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	昭和 平成 令和	年	月	日
	④ 個人番号				⑤ 喪失年月日	令和	年	月	日
	⑥ 喪失原因	退職等(令和 年 月 日退職等) 死亡(令和 年 月 日死亡) 75歳到達 障害認定 社会保障協定							
	⑦ 備考				資格確認書回収	⑧ 70歳不該当	添付枚		

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	昭和 平成 令和	年	月	日
	④ 個人番号				⑤ 喪失年月日	令和	年	月	日
	⑥ 喪失原因	退職等(令和 年 月 日退職等) 死亡(令和 年 月 日死亡) 75歳到達 障害認定 社会保障協定							
	⑦ 備考				資格確認書回収	⑧ 70歳不該当	添付枚		

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	昭和 平成 令和	年	月	日
	④ 個人番号				⑤ 喪失年月日	令和	年	月	日
	⑥ 喪失原因	退職等(令和 年 月 日退職等) 死亡(令和 年 月 日死亡) 75歳到達 障害認定 社会保障協定							
	⑦ 備考				資格確認書回収	⑧ 70歳不該当	添付枚		

記入方法

- ① 被保険者番号：資格取得時に払い出しされた被保険者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：該当する年号を○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。

(昭和 平成 令和)	年	月	日
	6 3	0 5	0 3

- ④ 個人番号：個人番号の記入は不要です。
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 喪失原因：下図を参照し、該当する喪失原因を○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。

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
死亡	死亡した場合
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
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：必要に応じて記入してください。
添付した資格確認書の枚数等をご記入ください。
※資格確認書が回収できない、滅失した場合はこの届書と併せて『健康保険 資格確認書 滅失・回収不能届』の提出が必要です。