

健康保険 被保険者資格喪失届

常務理事	事務長	課長	担当者

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	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	()

社会保険労務士記載欄
氏名等

被保険者 1	① 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 喪失年月日	9.令和	年 月 日	⑤ 喪失原因	1. 退職等(令和 年 月 日退職等) 2. 死亡(令和 年 月 日死亡) 3. 75歳到達 4. 65歳以上75歳未満で障害認定 (後期高齢者医療に該当)	⑥ 標準報酬月額	千円	⑦ 保険証回収

被保険者 2	① 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 喪失年月日	9.令和	年 月 日	⑤ 喪失原因	1. 退職等(令和 年 月 日退職等) 2. 死亡(令和 年 月 日死亡) 3. 75歳到達 4. 65歳以上75歳未満で障害認定 (後期高齢者医療に該当)	⑥ 標準報酬月額	千円	⑦ 保険証回収

被保険者 3	① 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 喪失年月日	9.令和	年 月 日	⑤ 喪失原因	1. 退職等(令和 年 月 日退職等) 2. 死亡(令和 年 月 日死亡) 3. 75歳到達 4. 65歳以上75歳未満で障害認定 (後期高齢者医療に該当)	⑥ 標準報酬月額	千円	⑦ 保険証回収

被保険者 4	① 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 喪失年月日	9.令和	年 月 日	⑤ 喪失原因	1. 退職等(令和 年 月 日退職等) 2. 死亡(令和 年 月 日死亡) 3. 75歳到達 4. 65歳以上75歳未満で障害認定 (後期高齢者医療に該当)	⑥ 標準報酬月額	千円	⑦ 保険証回収

被保険者 5	① 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 喪失年月日	9.令和	年 月 日	⑤ 喪失原因	1. 退職等(令和 年 月 日退職等) 2. 死亡(令和 年 月 日死亡) 3. 75歳到達 4. 65歳以上75歳未満で障害認定 (後期高齢者医療に該当)	⑥ 標準報酬月額	千円	⑦ 保険証回収

記入方法

提出者記入欄 : 事業所番号を記入してください。

事業所 記号	8	0	0	0
-----------	---	---	---	---

①番号 : 保険証に記載されている番号を記入してください。

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
9.令和			5
			0
			3

④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歳到達による資格喪失	誕生日の当日
65歳以上75歳未満で障害認定による資格喪失	認定日の当日

⑤喪失原因 : 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。

1. 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
2. 死亡	死亡した場合
3. 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
4. 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

⑥標準報酬月額 : 退職時の標準報酬月額を記入してください。

⑦保険証回収 : 保険証の回収状況を被扶養者分もあわせて記入してください。