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・資格確認書 回収

□保険証　□資格確認書
添付 ＿＿＿＿ 枚
返不能 ＿＿＿＿ 枚

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・資格確認書 回収

□保険証　□資格確認書
添付 ＿＿＿＿ 枚
返不能 ＿＿＿＿ 枚

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・資格確認書 回収

□保険証　□資格確認書
添付 ＿＿＿＿ 枚
返不能 ＿＿＿＿ 枚

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・資格確認書 回収

□保険証　□資格確認書
添付 ＿＿＿＿ 枚
返不能 ＿＿＿＿ 枚

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・資格確認書 回収

□保険証　□資格確認書
添付 ＿＿＿＿ 枚
返不能 ＿＿＿＿ 枚

京都府農協健康保険組合　（2024.12）

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〇で囲んでください。生年月日は下図を参照し記入してください。

⑤昭和 7.平成 9.令和	6	年 3	0	月 5	0	日 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、該当する番号を〇で囲んでください。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・資格確認書回　：　該当する場合は□にチェックを入れてください。
保険証等の回収状況を被扶養者分もあわせて記入してください。