

様式コード
2 2 0 1

健康保険

被保険者資格喪失届

受付印

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所整理記号	事業所番号
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

健保使用欄

社会保険労務士記載欄
氏名等

被保険者1	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日 5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日 9. 令和 年 月 日
	④ 個人番号 (基礎年金番号)	⑤ 喪失年月日 令和 年 月 日	⑥ 喪失(不該当)原因 4. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 5. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 7. 75歳到達 (健康保険のみ喪失) 9. 障害認定 (健康保険のみ喪失) 11. 社会保障協定
	⑦ 備考 該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失	資格確認書回収 添付 枚 返不能 枚	⑧ 70歳不該当 <input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当年月日 令和 年 月 日

被保険者2	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日 5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日 9. 令和 年 月 日
	④ 個人番号 (基礎年金番号)	⑤ 喪失年月日 令和 年 月 日	⑥ 喪失(不該当)原因 4. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 5. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 7. 75歳到達 (健康保険のみ喪失) 9. 障害認定 (健康保険のみ喪失) 11. 社会保障協定
	⑦ 備考 該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失	資格確認書回収 添付 枚 返不能 枚	⑧ 70歳不該当 <input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当年月日 令和 年 月 日

被保険者3	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日 5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日 9. 令和 年 月 日
	④ 個人番号 (基礎年金番号)	⑤ 喪失年月日 令和 年 月 日	⑥ 喪失(不該当)原因 4. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 5. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 7. 75歳到達 (健康保険のみ喪失) 9. 障害認定 (健康保険のみ喪失) 11. 社会保障協定
	⑦ 備考 該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失	資格確認書回収 添付 枚 返不能 枚	⑧ 70歳不該当 <input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当年月日 令和 年 月 日

被保険者4	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日 5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日 9. 令和 年 月 日
	④ 個人番号 (基礎年金番号)	⑤ 喪失年月日 令和 年 月 日	⑥ 喪失(不該当)原因 4. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 5. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 7. 75歳到達 (健康保険のみ喪失) 9. 障害認定 (健康保険のみ喪失) 11. 社会保障協定
	⑦ 備考 該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失	資格確認書回収 添付 枚 返不能 枚	⑧ 70歳不該当 <input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当年月日 令和 年 月 日