

喪失

健康保険

被保険者資格喪失届

常務	事務長	部長	課長	係長・主任	係員

令和 年 月 日提出

提出者記入欄

健康保険
被保険者証記号

事業所
所在地

事業所
名称

事業主
氏名

電話番号

受付印

社会保険労務士記載欄 | 氏名等

被保険者1

① 被保険者
証の番号

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 年金番号

⑤ 喪失
年月日

9. 令和

年 月 日

⑥ 喪失
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)

⑦ 備考

該当する項目があれば○をしてください。
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 ()

保険証回収
添付 枚
返不能 枚
減失 枚

標準 健 千円
報酬 厚
月額 千円

⑧

70歳
不該当

被保険者2

① 被保険者
証の番号

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 年金番号

⑤ 喪失
年月日

9. 令和

年 月 日

⑥ 喪失
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)

⑦ 備考

該当する項目があれば○をしてください。
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 ()

保険証回収
添付 枚
返不能 枚
減失 枚

標準 健 千円
報酬 厚
月額 千円

⑧

70歳
不該当

被保険者3

① 被保険者
証の番号

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 年金番号

⑤ 喪失
年月日

9. 令和

年 月 日

⑥ 喪失
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)

⑦ 備考

該当する項目があれば○をしてください。
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 ()

保険証回収
添付 枚
返不能 枚
減失 枚

標準 健 千円
報酬 厚
月額 千円

⑧

70歳
不該当

被保険者4

① 被保険者
証の番号

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 年金番号

⑤ 喪失
年月日

9. 令和

年 月 日

⑥ 喪失
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)

⑦ 備考

該当する項目があれば○をしてください。
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 ()

保険証回収
添付 枚
返不能 枚
減失 枚

標準 健 千円
報酬 厚
月額 千円

⑧

70歳
不該当

喪失

健康保険 被保険者資格喪失確認通知書

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	健康保険 被保険者証記号	
	事業所 所在地	〒 _____
	事業所 名称	_____
	事業主 氏名	_____ 殿
	電話番号	(_____) _____

下記のとおり資格喪失したので通知します。

東京港健康保険組合理事長

被保険者1	① 被保険者 証の番号		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 年金番号		⑤ 喪失 年月日	9.令和 _____年 _____月 _____日	⑥ 喪失 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)
	⑦ 備 考	該当する項目があれば○をしてください。 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 (_____)		標準 健 報酬 _____千円 月額 厚 _____千円	⑧ 70歳 不該当	

被保険者2	① 被保険者 証の番号		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 年金番号		⑤ 喪失 年月日	9.令和 _____年 _____月 _____日	⑥ 喪失 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)
	⑦ 備 考	該当する項目があれば○をしてください。 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 (_____)		標準 健 報酬 _____千円 月額 厚 _____千円	⑧ 70歳 不該当	

被保険者3	① 被保険者 証の番号		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 年金番号		⑤ 喪失 年月日	9.令和 _____年 _____月 _____日	⑥ 喪失 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)
	⑦ 備 考	該当する項目があれば○をしてください。 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 (_____)		標準 健 報酬 _____千円 月額 厚 _____千円	⑧ 70歳 不該当	

被保険者4	① 被保険者 証の番号		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 年金番号		⑤ 喪失 年月日	9.令和 _____年 _____月 _____日	⑥ 喪失 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)
	⑦ 備 考	該当する項目があれば○をしてください。 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 (_____)		標準 健 報酬 _____千円 月額 厚 _____千円	⑧ 70歳 不該当	

ア. この処分不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官（地方厚生（支）局内）に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会（厚生労働省内）に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内（再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内）に、健康保険組合を被告として提起することができます。（ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。）

なお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても提起することができます。

イ. この通知書を受け取ったら、すみやかに確認された事項をそれぞれの被保険者に通知しなければなりません。なお、被保険者の住所が明らかでないため通知できないときは、その旨を当所へ連絡してください。