

喪失

健康保険 被保険者資格喪失届

見本

常務理事	事務長				担当者

令和 6 年 12 月 2 日 提出

受付印

提出者記入欄

事業所記号 1 2 3 4

〒 111 - 1111

東京都〇〇区〇〇町1-2-3

〇〇〇〇株式会社

代表取締役社長 〇〇 〇〇〇〇

電話番号 03 (1234) 5678

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 12

② 氏名 (フリガナ) ミナト (氏) 港 (名) タロウ 太郎

③ 生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和 0 2 0 7 1 8

④ 個人番号

⑤ 喪失年月日 9.令和 0 6 1 2 0 1

⑥ 喪失原因 4. 退職等 | 令和6年11月30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 ()

資格確認書回収 標準 健 240 千円
添付 2 枚 報酬 厚
返不能 枚 月額
減失 枚

⑧ 70歳 不該当届

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 7.平成 9.令和

④ 個人番号

⑤ 喪失年月日 9.令和

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 ()

資格確認書回収 標準 健 千円
添付 枚 報酬 厚 千円
返不能 枚 月額
減失 枚

⑧ 70歳 不該当届

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 7.平成 9.令和

④ 個人番号

⑤ 喪失年月日 9.令和

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 ()

資格確認書回収 標準 健 千円
添付 枚 報酬 厚 千円
返不能 枚 月額
減失 枚

⑧ 70歳 不該当届

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 7.平成 9.令和

④ 個人番号

⑤ 喪失年月日 9.令和

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 ()

資格確認書回収 標準 健 千円
添付 枚 報酬 厚 千円
返不能 枚 月額
減失 枚

⑧ 70歳 不該当届

※届書と返却された資格確認書はできるだけ同時にご提出をお願いいたします。