

健康保険 被保険者資格喪失届

秘密

提出者記入欄	事業所番号	被保険者証の記号	令和 年 月 日 提出
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		
	連絡先		

常務理事	事務長	業務課長	担当者

社会保険労務士の提出代行者 記載欄

被保険者 1	①被保険者証の番号		②氏名 (フリガナ)		③性別	④生年月日			⑤被扶養者の有無	
			氏	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	⑦資格喪失年月日※			⑧資格喪失のきっかけとなった内容と年月日			⑨標準報酬月額			
	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 勤務形態の変更	令和	年	月	日	千円
⑩被保険者の住所 (郵便番号及び都道府県からご記入ください)						⑪被保険者証回収区分		⑫備考		
〒 -						<input type="checkbox"/> 添付 (枚) <input type="checkbox"/> 返不能 <input type="checkbox"/> 滅失				

被保険者 2	①被保険者証の番号		②氏名 (フリガナ)		③性別	④生年月日			⑤被扶養者の有無	
			氏	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	⑦資格喪失年月日※			⑧資格喪失のきっかけとなった内容と年月日			⑨標準報酬月額			
	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 勤務形態の変更	令和	年	月	日	千円
⑩被保険者の住所 (郵便番号及び都道府県からご記入ください)						⑪被保険者証回収区分		⑫備考		
〒 -						<input type="checkbox"/> 添付 (枚) <input type="checkbox"/> 返不能 <input type="checkbox"/> 滅失				

被保険者 3	①被保険者証の番号		②氏名 (フリガナ)		③性別	④生年月日			⑤被扶養者の有無	
			氏	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	⑦資格喪失年月日※			⑧資格喪失のきっかけとなった内容と年月日			⑨標準報酬月額			
	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 勤務形態の変更	令和	年	月	日	千円
⑩被保険者の住所 (郵便番号及び都道府県からご記入ください)						⑪被保険者証回収区分		⑫備考		
〒 -						<input type="checkbox"/> 添付 (枚) <input type="checkbox"/> 返不能 <input type="checkbox"/> 滅失				

※ 資格喪失日は、退職日または死亡日の翌日、もしくは75歳の誕生日の当日です。

受付日付印