

健康保険 被保険者資格喪失届

| | | | |
|----|-----|--|----|
| 常務 | 事務長 | | 扱者 |
| | | | |

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 | () |

| |
|-----|
| 受付印 |
|-----|

| |
|------------|
| 社会保険労務士記載欄 |
| 氏名等 |

| | | | | | | | |
|-------|-----------------|-------------------------------|-----|-------|-------------|--|-------|
| 被保険者1 | ① 被保険者整理番号 | ② 氏名 (フリガナ) | (氏) | (名) | ③ 生 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 | 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 | <input type="checkbox"/> 退職 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 死亡 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 75歳到達 (健康保険のみ喪失) <input type="checkbox"/> 障害認定 (健康保険のみ喪失) <input type="checkbox"/> 社会保障協定 | |
| | ⑦ 備考 | 資格確認書(保険証)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 令和 年 月 日 不該当年月日 | |

| | | | | | | | |
|-------|-----------------|-------------------------------|-----|-------|-------------|--|-------|
| 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 | <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 | 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 | <input type="checkbox"/> 退職 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 死亡 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 75歳到達 (健康保険のみ喪失) <input type="checkbox"/> 障害認定 (健康保険のみ喪失) <input type="checkbox"/> 社会保障協定 | |
| | ⑦ 備考 | 資格確認書(保険証)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 令和 年 月 日 不該当年月日 | |

| | | | | | | | |
|-------|-----------------|-------------------------------|-----|-------|-------------|--|-------|
| 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 | <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 | 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 | <input type="checkbox"/> 退職 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 死亡 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 75歳到達 (健康保険のみ喪失) <input type="checkbox"/> 障害認定 (健康保険のみ喪失) <input type="checkbox"/> 社会保障協定 | |
| | ⑦ 備考 | 資格確認書(保険証)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 令和 年 月 日 不該当年月日 | |

| | | | | | | | |
|-------|-----------------|-------------------------------|-----|-------|-------------|--|-------|
| 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 | <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 | 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 | <input type="checkbox"/> 退職 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 死亡 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 75歳到達 (健康保険のみ喪失) <input type="checkbox"/> 障害認定 (健康保険のみ喪失) <input type="checkbox"/> 社会保障協定 | |
| | ⑦ 備考 | 資格確認書(保険証)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 令和 年 月 日 不該当年月日 | |

記入方法

提出者記入欄 : 事業所番号は下図を参照し、新規適用時または、名称・所在地変更時に付された記号・番号を記入してください。

| | | | |
|-----------|---|---|---|
| 事業所 記号 | 1 | 2 | 3 |
|-----------|---|---|---|

①被保険者整理番号 : 資格取得時に払い出しされた被保険者整理番号を、必ず記入してください。

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 : 該当する元号に☑を入れてください、生年月日は下図を参照し記入してください。

| | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 昭 | 年 | 月 | 日 |
| <input type="checkbox"/> | 平 | 5 | 0 | 1 |
| <input type="checkbox"/> | 令 | 0 | 0 | 1 |

⑤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歳到達による健康保険の資格喪失 | 誕生日の当日 |
| 障害認定による健康保険の資格喪失 | 認定日の当日 |

⑥喪失(不該当)原因 : 下図を参照し、該当する項目に☑を入れてください。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。

| | |
|--------|---|
| 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 |
| 死亡 | 死亡した場合 |
| 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 |
| 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 |
| 社会保障協定 | 社会保障協定により、相手国法令の適用を受け、被保険者資格を喪失する場合 |

⑦備考 : 必要に応じて記入してください。

⑧70歳不該当 : 70歳以上の場合、「☐70歳以上被用者不該当」にチェックを入れてください。また、「不該当年月日」に退職または死亡した当日の年月日を記入してください。在職中に70歳に到達された方の厚生年金保険被保険者資格喪失届は、この用紙ではなく『70歳到達届』を提出してください。