

喪失

健康保険 被保険者資格喪失届

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	健康保険 被保険者証記号	〒	一
	事業所 所在地		
	事業所 名称		
	事業主 氏名	(印)	
	電話番号	()	

決裁						
年 月 日						
常務理事	事務長	部長	課長	係長	主任	担当者

受付印

社会保険労務士記載欄 氏名等
(印)

被保険者 1	① 被保険者 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	9.令和		
	④ 個 人 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	5. 死 亡 令和 年 月 日	7. 75 歳到達	9. 障害認定
	⑦ 証回収区分	添付・返不能・滅失				⑧ 扶養有無	有・無		⑨ 備考					

被保険者 2	① 被保険者 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	9.令和		
	④ 個 人 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	5. 死 亡 令和 年 月 日	7. 75 歳到達	9. 障害認定
	⑦ 証回収区分	添付・返不能・滅失				⑧ 扶養有無	有・無		⑨ 備考					

被保険者 3	① 被保険者 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	9.令和		
	④ 個 人 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	5. 死 亡 令和 年 月 日	7. 75 歳到達	9. 障害認定
	⑦ 証回収区分	添付・返不能・滅失				⑧ 扶養有無	有・無		⑨ 備考					

被保険者 4	① 被保険者 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	9.令和		
	④ 個 人 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	5. 死 亡 令和 年 月 日	7. 75 歳到達	9. 障害認定
	⑦ 証回収区分	添付・返不能・滅失				⑧ 扶養有無	有・無		⑨ 備考					

東部コム健康保険組合

記入例 | 資格喪失届

令和 1 年 6 月 1 日提出

提出者記入欄	健康保険 被保険者証記号	1 2 3 4
	事業所所在地	〒 111 - 1111 東京都〇〇区〇〇町 1 - 2 - 3
	事業所名称	〇〇〇〇 株式会社
	事業主氏名	代表取締役社長 〇〇 〇〇〇
電話番号	03 (1234) 5678	
* 事業主の押印は、署名（自筆）の場合は省略できます。		
社会保険労務士記載欄 氏名等		

被保険者 1	① 被保険者番号	12	② 氏名	フリガナ 〇〇 〇〇 氏 〇〇 〇〇	③ 生年月日	5 昭和 7 平成 9 令和 1 0 1 2 0 1
	④ 個人番号				⑤ 喪失年月日	9 令和 0 1 0 6 0 1
	⑦ 証回収区分	添付 返不能・減失			⑧ 扶養有無	有 無
				⑥ 喪失原因	4. 退職等 令和 1 年 5 月 31 日 5. 死 亡 令和 年 月 日 7. 75 歳到達 9. 障害認定	
			備考			

記入方法 | 記入例を参考に次の事項に注意のうえご記入ください。

- | | |
|----------|---|
| ① 被保険者番号 | 資格取得時に払い出された被保険者整理番号(保険証番号)をご記入ください。 |
| ② 氏 名 | 住民票に登録されている氏名をご記入ください。(フリガナはカタカナでご記入ください。) |
| ④ 個人番号 | 個人番号の記入は不要です。 |
| ⑤ 喪失年月日 | 次の喪失理由により、喪失年月日をご記入ください。
・ 退職等：退職日の翌日、転勤の当日、雇用契約変更の当日
・ 死亡：死亡日の翌日
・ 75歳到達により後期高齢者医療に該当：誕生日の当日
・ 65歳以上75歳未満で障害認定により後期高齢者医療に該当：認定日の当日 |
| ⑥ 喪失原因 | 該当する番号を○で囲んでください。(退職、死亡の場合は、その当日の年月日をご記入ください。) |
| ⑨ 備 考 | |

添付書類

- 本人及び被扶養者すべての「健康保険被保険者証」
- 健康保険被保険者証が回収できないときは、「被保険者証回収不能届」
- 健康保険高齢受給者証が交付されているときは「健康保険高齢受給者証」