

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 事業主氏名	〇〇〇〇 株式会社 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	
〇〇	

被保険者 1	① 被保険者 番号	12	② 氏名	フリガナ 〇〇〇 氏 〇〇〇 名 〇〇	③ 生年 月日	5 昭和 7 平成 9 令和	年 1 月 0 日 1
	④ 個人 番号				⑤ 喪失 年月日	9 令和	0 1 0 6 0 1
	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		
	⑦ 証回収区分	添付 返不能・減失	⑧ 扶養有無	有 無	⑨ 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」