

様式コード  
2 2 0 1

# 健康保険 被保険者資格喪失届

常務理事	事務長		担当者

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	健康保険被保険者証記号						
	厚生年金保険事業所整理番号					事業所記号	
	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。						
	事業所所在地	〒 -					
	事業所名称						
事業主氏名							
電話番号	( )						

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)	③ 生年月日	5. 昭和	7. 平成	年	月	日			
	④ 個人番号 (基礎年金番号)	⑤ 喪失年月日	9. 令和	年	月	日	⑥ 喪失 (不該当) 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	該当する項目を○で囲んでください。 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 ( )		⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日又は死亡日を記入してください)		標準報酬月額	保険証回収区分 1. 添付 2. 返不能 3. 滅失			

被保険者2	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ)	③ 生年月日	5. 昭和	7. 平成	年	月	日			
	④ 個人番号 (基礎年金番号)	⑤ 喪失年月日	9. 令和	年	月	日	⑥ 喪失 (不該当) 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	該当する項目を○で囲んでください。 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 ( )		⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日又は死亡日を記入してください)		標準報酬月額	保険証回収区分 1. 添付 2. 返不能 3. 滅失			

被保険者3	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ)	③ 生年月日	5. 昭和	7. 平成	年	月	日			
	④ 個人番号 (基礎年金番号)	⑤ 喪失年月日	9. 令和	年	月	日	⑥ 喪失 (不該当) 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	該当する項目を○で囲んでください。 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 ( )		⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日又は死亡日を記入してください)		標準報酬月額	保険証回収区分 1. 添付 2. 返不能 3. 滅失			

被保険者4	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ)	③ 生年月日	5. 昭和	7. 平成	年	月	日			
	④ 個人番号 (基礎年金番号)	⑤ 喪失年月日	9. 令和	年	月	日	⑥ 喪失 (不該当) 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	該当する項目を○で囲んでください。 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 ( )		⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日又は死亡日を記入してください)		標準報酬月額	保険証回収区分 1. 添付 2. 返不能 3. 滅失			