

健康保険被保険者資格喪失届

提出者記入欄	事業所番号		提出日	令和 年 月 日
	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				

常務理事	事務長	統括	担当

健保受付印

被保険者1	被保険者番号	氏名	生年月日	
			5 昭和 7 平成 年 月 日 9 令和	
	喪失年月日	資格喪失原因	保険証回収	備考
	令和 年 月 日	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 9 障害認定 11 社会保障協定	<input type="checkbox"/> 添付あり <input type="checkbox"/> 後日返納 <input type="checkbox"/> 滅失届あり	<input type="checkbox"/> 同時得喪 あり <input type="checkbox"/> 認定被扶養者あり

被保険者2	被保険者番号	氏名	生年月日	
			5 昭和 7 平成 年 月 日 9 令和	
	喪失年月日	資格喪失原因	保険証回収	備考
	令和 年 月 日	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 9 障害認定 11 社会保障協定	<input type="checkbox"/> 添付あり <input type="checkbox"/> 後日返納 <input type="checkbox"/> 滅失届あり	<input type="checkbox"/> 同時得喪 あり <input type="checkbox"/> 認定被扶養者あり

被保険者3	被保険者番号	氏名	生年月日	
			5 昭和 7 平成 年 月 日 9 令和	
	喪失年月日	資格喪失原因	保険証回収	備考
	令和 年 月 日	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 9 障害認定 11 社会保障協定	<input type="checkbox"/> 添付あり <input type="checkbox"/> 後日返納 <input type="checkbox"/> 滅失届あり	<input type="checkbox"/> 同時得喪 あり <input type="checkbox"/> 認定被扶養者あり

被保険者4	被保険者番号	氏名	生年月日	
			5 昭和 7 平成 年 月 日 9 令和	
	喪失年月日	資格喪失原因	保険証回収	備考
	令和 年 月 日	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 9 障害認定 11 社会保障協定	<input type="checkbox"/> 添付あり <input type="checkbox"/> 後日返納 <input type="checkbox"/> 滅失届あり	<input type="checkbox"/> 同時得喪 あり <input type="checkbox"/> 認定被扶養者あり

健康保険被保険者証(保険証)

本人および認定被扶養者分を返納ください。

※健康保険被保険者証が回収できない場合は、「滅失届」又は「回収不能届」提出ください。

※健康保険被保険者証を後日返納する場合は、必ず健保必着日を記載し、速やかに返納ください。