

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
			昭和 平成 令和 年 月 日
	喪失年月日	資格喪失原因	備考
	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退職等 令和 年 月 日退職等 <input type="checkbox"/> 死亡 令和 年 月 日死亡 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 社会保障協定	<input type="checkbox"/> 同時得喪 あり <input type="checkbox"/> 認定被扶養者あり
	資格確認書回収		健保使用欄

被保険者2	被保険者番号	氏名	生年月日
			昭和 平成 令和 年 月 日
	喪失年月日	資格喪失原因	備考
	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退職等 令和 年 月 日退職等 <input type="checkbox"/> 死亡 令和 年 月 日死亡 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 社会保障協定	<input type="checkbox"/> 同時得喪 あり <input type="checkbox"/> 認定被扶養者あり
	資格確認書回収		健保使用欄

被保険者3	被保険者番号	氏名	生年月日
			昭和 平成 令和 年 月 日
	喪失年月日	資格喪失原因	備考
	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退職等 令和 年 月 日退職等 <input type="checkbox"/> 死亡 令和 年 月 日死亡 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 社会保障協定	<input type="checkbox"/> 同時得喪 あり <input type="checkbox"/> 認定被扶養者あり
	資格確認書回収		健保使用欄

被保険者4	被保険者番号	氏名	生年月日
			昭和 平成 令和 年 月 日
	喪失年月日	資格喪失原因	備考
	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退職等 令和 年 月 日退職等 <input type="checkbox"/> 死亡 令和 年 月 日死亡 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 社会保障協定	<input type="checkbox"/> 同時得喪 あり <input type="checkbox"/> 認定被扶養者あり
	資格確認書回収		健保使用欄

◆資格確認書について

※有効期限内であれば、交付済の本人および認定被扶養者分全てを必ず返納ください。
 ※資格確認書が回収できない場合は、「滅失届」又は「回収不能届」を提出ください。