

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	提出日記載欄を明記							
	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
	****	熱田 太郎	5 昭和 7 平成 9 令和 △年 □月 ○日
	喪失年月日	資格喪失原因	保険証回収
	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 checked="" type="checkbox"/> 後日返納 <input type="checkbox"/> 滅失届あり
		備考	<input checked="" type="checkbox"/> 同時得喪 あり <input checked="" 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 9 令和 年 月 日
	喪失年月日	資格喪失原因	保険証回収
	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
		備考	<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 9 令和 年 月 日
	喪失年月日	資格喪失原因	保険証回収
	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
		備考	<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 9 令和 年 月 日
	喪失年月日	資格喪失原因	保険証回収
	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
		備考	<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。