

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 | <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 事業所提出日を必ず記載ください </div> | | | | | |
| | 事業所名称 | | | | | | |
| | 事業主氏名 | | | | | | |
| 電話番号 | <div style="text-align: right;">⑩</div> | | | | | | |
| 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 | 熱田 太郎 | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | △年 □月 ○日 | |
| | 喪失年月日 | 令和 △年 □月 ○日 | 資格喪失原因 | <input checked="" 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 | 備考 | <input checked="" type="checkbox"/> 同時得喪 あり <input checked="" type="checkbox"/> 認定被扶養者あり | | |
| | 資格確認書回収 | | | | 健保使用欄 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 交付を受けていない <input checked="" type="checkbox"/> 後日返納 <input type="checkbox"/> 本届出と同時に返納 <input type="checkbox"/> その他() | | | | <input type="checkbox"/> 喪失証明書 / <input type="checkbox"/> 任継 備考: | | | |

| | | | | | | | | |
|-------|---|----------------|--------|---|---|--|----------|--|
| 被保険者2 | 被保険者番号 | * * * * | 氏名 | 大同 次郎 | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | △年 □月 ○日 | |
| | 喪失年月日 | 令和 △年 □月 ○日 | 資格喪失原因 | <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 | 備考 | <input type="checkbox"/> 同時得喪 あり <input checked="" type="checkbox"/> 認定被扶養者あり | | |
| | 資格確認書回収 | | | | 健保使用欄 | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 交付を受けていない <input type="checkbox"/> 後日返納 <input type="checkbox"/> 本届出と同時に返納 <input type="checkbox"/> その他() | | | | <input type="checkbox"/> 喪失証明書 / <input type="checkbox"/> 任継 備考: | | | |

資格確認書の交付がなく、マイナ保険証のみの場合は交付を受けていないにチェックください

| | | | | | | | | |
|-------|--|----------------|--------|--|---|---|----------|--|
| 被保険者3 | 被保険者番号 | * * * * | 氏名 | 健保 花子 | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | △年 □月 ○日 | |
| | 喪失年月日 | 令和 △年 □月 ○日 | 資格喪失原因 | <input checked="" 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 | 備考 | <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 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 交付を受けていない <input type="checkbox"/> 後日返納 <input type="checkbox"/> 本届出と同時に返納 <input checked="" type="checkbox"/> その他(滅失) | | | | <input type="checkbox"/> 喪失証明書 / <input type="checkbox"/> 任継 備考: | | | |

| | | | | | | | | |
|-------|--|--|--------|--|---|----|-------|--|
| 被保険者4 | 被保険者番号 | | 氏名 | | 生年月日 | 昭和 | 年 月 日 | |
| | 喪失年月日 | | 資格喪失原因 | | 備考 | | | |
| | 資格確認書回収 | | | | 健保使用欄 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 交付を受けていない <input type="checkbox"/> 後日返納 <input type="checkbox"/> 本届出と同時に返納 <input type="checkbox"/> その他() | | | | <input type="checkbox"/> 喪失証明書 / <input type="checkbox"/> 任継 備考: | | | |

資格確認書を滅失した場合は、併せて「資格確認書滅失・再交付届」をご提出ください。

◆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、「資格確認書滅失・再交付届」又は「回収不能届」を提出ください。