

# 健康保険 被保険者資格喪失届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

令和 年 月 日 提出

受付日付印

提出者記入欄	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) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	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) その他( )
	⑦ 備考	資格確認書回収 添付 _____ 枚 減失 _____ 枚		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) 不該当年月日 9.令和 年 月 日

被保険者2	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	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) その他( )
	⑦ 備考	資格確認書回収 添付 _____ 枚 減失 _____ 枚		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) 不該当年月日 9.令和 年 月 日

被保険者3	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	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) その他( )
	⑦ 備考	資格確認書回収 添付 _____ 枚 減失 _____ 枚		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) 不該当年月日 9.令和 年 月 日

被保険者4	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	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) その他( )
	⑦ 備考	資格確認書回収 添付 _____ 枚 減失 _____ 枚		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) 不該当年月日 9.令和 年 月 日

## 記入方法

提出者記入欄 : 事業所記号は下図を参照し、新規適用時に付された記号を記入してください。

事業所 記号	1	2	3	4	5
-----------	---	---	---	---	---

①被保険者整理番号 : 資格取得時に払い出しされた被保険者整理番号を、必ず記入してください。

②氏名 : 氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。

③生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照し記入してください。

⑤昭和 7.平成 9.令和	年	月	日
	6	3	0503

④個人番号  
(基礎年金番号) : 本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、基礎年金番号通知書等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。ただし、健康保険組合への届出については、記入不要です。

⑤喪失年月日 : 下図を参照し、喪失年月日を記入してください。

退職等による資格喪失	退職日の翌日 転勤の当日 雇用契約の変更の当日
死亡による資格喪失	死亡日の翌日
75歳到達による健康保険の資格喪失	誕生日の当日
障害認定による健康保険の資格喪失	認定日の当日

⑥喪失(不該当)原因 : 下図を参照し、該当する番号を○で囲んでください。退職・死亡の場合は、その当日の年月日を( )内に記入してください。

4. 退職等	退職した場合、雇用契約の変更等により被保険者の適用対象外となった場合、退職後に継続して再雇用した場合。
5. 死亡	死亡した場合。
7. 75歳到達	75歳に到達したことで後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合。
9. 障害認定	65歳以上75歳未満の方で、障害認定により後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合。
その他	転入・転籍、定年再雇用(同日得喪)の場合は、この欄にそのことを記入のうえ、新しい記号・番号をご記入ください。 また、上記4・5・7・9以外の喪失理由の場合は、こちらに理由のご記入をお願いします。

⑦備考 : 必要に応じて記入してください。

⑧70歳不該当 : 70歳以上の場合、「□70歳以上被用者不該当」にチェックを入れてください。  
また、「不該当年月日」に退職または死亡した当日の年月日を記入してください。  
在職中に70歳に到達された方の厚生年金保険被保険者資格喪失届は、この用紙ではなく『70歳到達届』を提出してください。