

事務理事	事務長	部長	課長	課長代理	係長	主任	担当者

様式コード
2 | 2 | 0 | 1

健康保険 被保険者資格喪失届

令和

事業所番号を記入してください

提出者記入欄	健康保険被保険者証記号	9 9 9 9 -	事業所記号	
	事業所所在地	〒530-0000 大阪府大阪市北区〇〇2-2-2		
	事業所名称	株式会社 〇〇金属		
	事業主氏名	代表取締役 健保太郎		
電話番号	06(0000)〇〇			

資格喪失年月日を記入してください。
(令和2年11月30日退職の場合は翌日の12月1日となります。)

被保険者番号を記入してください

被保険者1	① 被保険者整理番号	100	② 氏名	健康 二郎	③ 生年月日	昭和7.平成 5 0 0 4 0 3	
	④ 個人番号(基礎年金番号)		⑤ 喪失年月日	9.令和 0 2 1 2 0 1	⑥ 喪失(不該当)原因	④ 退職等(令和2年11月30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)	
	⑦ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 ()		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)	標準報酬月額	200,000
				不該当年月日	令和 年 月 日	保険証回収区分	1.添付 2.返不能 3.滅失

被保険者2	① 被保険者整理番号	88	② 氏名	元木 三郎	③ 生年月日	昭和5.平成 4 5 0 6 0 7	
	④ 個人番号(基礎年金番号)		⑤ 喪失年月日	9.令和 0 2 1 1 3 0	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2年11月29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)	
	⑦ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 ()		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)	標準報酬月額	340,000
				不該当年月日	令和 年 月 日	保険証回収区分	1.添付 2.返不能 3.滅失

被保険者3	① 被保険者整理番号		② 氏名		③ 生年月日		
	④ 個人番号(基礎年金番号)		⑤ 喪失年月日	9.令和	⑥ 喪失(不該当)原因		
	⑦ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 ()		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)	標準報酬月額	
				不該当年月日	令和 年 月 日	保険証回収区分	1.添付 2.返不能 3.滅失

いずれかを○で囲んでください。
※添付: 被保険者証を添付するとき
返不能: 被保険者証の回収ができないとき(被保険者と連絡が取れない等のときは「健康保険被保険者証添付不能届」)
滅失: 被保険者が保険者証を失って返却できないとき
「健康保険被保険者証滅失届」

被保険者4	① 被保険者整理番号		② 氏名		③ 生年月日	昭和5.平成	
	④ 個人番号(基礎年金番号)		⑤ 喪失年月日	9.令和	⑥ 喪失(不該当)原因		
	⑦ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 ()		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)	標準報酬月額	
				不該当年月日	令和 年 月 日	保険証回収区分	1.添付 2.返不能 3.滅失