

事務理事	事務員	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 年 月 日 提出

提出者記入欄	健康保険事業所記号		
	厚生労働省健康保険事業所整理番号	-	事業所記号
	事業所所在地	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	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)
	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

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	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)
	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

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	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)
	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

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	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)
	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