

喪失

健康保険 被保険者資格喪失届

年 月 日 提出		年 月 日 提出		年 月 日 提出	
常務理事 事務局長	グループ 統括 課長	係長	担当		

提出者記入欄	健康保険の 事業所記号		
	厚生年金保険 事業所整理記号	事業所 番号	
	事業所 所在地	〒 _____	
	事業所 名称		
事業主 氏名			
電話番号	(_____)		

受付印

社会保険労務士記載欄 氏名等

被保険者 1	① 被保険者等 番号	② 氏 氏名	名	③ 生年 月日	5.昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 7.平成 _____
	④ 個人 番号	⑤ 資格喪失 年月日 (和暦)		年 _____ 月 _____ 日	⑥ 喪失 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 (_____)		資格確認書回収 添付 _____ 枚 マイナ保険証を利用登録 返不能 _____ 枚 したため、自己廃業 <input checked="" type="checkbox"/> 減失 _____ 枚 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>	⑧ 資格喪失証明書発送希望 其他 <input type="checkbox"/> ※加入予定の保険者(国民健康保険等)に 求められた場合のみ☑をしてください。

被保険者 2	① 被保険者等 番号	② 氏 氏名	名	③ 生年 月日	5.昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 7.平成 _____
	④ 個人 番号	⑤ 資格喪失 年月日 (和暦)		年 _____ 月 _____ 日	⑥ 喪失 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 (_____)		資格確認書回収 添付 _____ 枚 マイナ保険証を利用登録 返不能 _____ 枚 したため、自己廃業 <input checked="" type="checkbox"/> 減失 _____ 枚 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>	⑧ 資格喪失証明書発送希望 其他 <input type="checkbox"/> ※加入予定の保険者(国民健康保険 等)に求められた場合のみ☑をして

被保険者 3	① 被保険者等 番号	② 氏 氏名	名	③ 生年 月日	5.昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 7.平成 _____
	④ 個人 番号	⑤ 資格喪失 年月日 (和暦)		年 _____ 月 _____ 日	⑥ 喪失 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 (_____)		資格確認書回収 添付 _____ 枚 マイナ保険証を利用登録 返不能 _____ 枚 したため、自己廃業 <input checked="" type="checkbox"/> 減失 _____ 枚 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>	⑧ 資格喪失証明書発送希望 其他 <input type="checkbox"/> ※加入予定の保険者(国民健康保険等)に 求められた場合のみ☑をしてください。

被保険者 4	① 被保険者等 番号	② 氏 氏名	名	③ 生年 月日	5.昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 7.平成 _____
	④ 個人 番号	⑤ 資格喪失 年月日 (和暦)		年 _____ 月 _____ 日	⑥ 喪失 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 (_____)		資格確認書回収 添付 _____ 枚 マイナ保険証を利用登録 返不能 _____ 枚 したため、自己廃業 <input checked="" type="checkbox"/> 減失 _____ 枚 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>	⑧ 資格喪失証明書発送希望 其他 <input type="checkbox"/> ※加入予定の保険者(国民健康保険等)に 求められた場合のみ☑をしてください。

※ この届書は、資格喪失の日から5日以内に提出してください。

海空運健康保険組合 令和7年12月