

1 被保険者の氏名をご記入ください。

2 被保険者の生年月日をご記入ください。

3 次の喪失理由により、喪失年月日をご記入ください。

- ・退職：退職日の翌日
- ・乗船：乗船日の当日
- ・死亡：死亡日の翌日
- ・定年等再雇用：定年の翌日
- ・75歳到達：誕生日の当日

該当する番号を○で囲み、その事実が発生した日をご記入ください。

4 「資格確認書回収」欄には、喪失した被保険者世帯に交付されている資格確認書の枚数単位でご記入ください。

マイナ保険証を利用登録したため、資格確認書を破棄され返却できない場合は、利用登録した方の属性を☑をしてください。

※ 資格確認書が回収できないときは「回収不能届」、滅失の場合は「滅失届」を添付してください。

5 次にご加入される健康保険等に求められた場合のみ☑してください。

「念のために発行したい」という理由のみでは、原則発行ができません。

喪失		健康保険		被保険者資格喪失届	
年 月 日 提出					
健康保険の事業所記号		1	2	3	4
厚生年金保険事業所整理記号		事業所番号			
提出者記入欄	事業所所在地	〒 111 - 1111 東京都〇〇区〇〇町1-2-3			
	事業所名称	〇〇〇〇株式会社			
	事業主氏名	代表取締役社長 〇〇 〇〇〇			
	電話番号	03 (1234) 5678			
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	12		② 氏名	③ 生年月日
	④ 個人番号	〇		⑤ 資格喪失年月日(和暦)	⑥ 喪失理由
	⑦ 備考	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 資格確認書回収 添付 1/3 枚 マイナ保険証を利用登録したため、自己廃業 ☑ 回収不能 〇 枚 本人 ☑ 家族 ☐ 滅失 1/3 枚	⑨ 資格喪失証明書発送希望 ☐ 加入予定の被保険者(国民健康保険等)に求められた場合のみ☑をしてください。
	5. 昭和 7 年 12 月 31 日 7. 平成 1 0 0 9 2 9 ⑩ 1. 退職 2. 乗船 3. 死亡 4. 75歳到達 5. 障害認定				
被保険者 2	① 被保険者等番号	〇		② 氏名	③ 生年月日
	④ 個人番号	〇		⑤ 資格喪失年月日(和暦)	⑥ 喪失理由
	⑦ 備考	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 資格確認書回収 添付 〇 枚 マイナ保険証を利用登録したため、自己廃業 ☑ 回収不能 〇 枚 本人 ☐ 家族 ☐ 滅失 〇 枚	⑨ 資格喪失証明書発送希望 ☐ 加入予定の被保険者(国民健康保険等)に求められた場合のみ☑をしてください。
	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日 ⑩ 1. 退職 2. 乗船 3. 死亡 4. 75歳到達 5. 定年等再雇用				
被保険者 3	① 被保険者等番号	〇		② 氏名	③ 生年月日
	④ 個人番号	〇		⑤ 資格喪失年月日(和暦)	⑥ 喪失理由
	⑦ 備考	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 資格確認書回収 添付 〇 枚 マイナ保険証を利用登録したため、自己廃業 ☑ 回収不能 〇 枚 本人 ☐ 家族 ☐ 滅失 〇 枚	⑨ 資格喪失証明書発送希望 ☐ 加入予定の被保険者(国民健康保険等)に求められた場合のみ☑をしてください。
	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日 ⑩ 1. 退職 2. 乗船 3. 死亡 4. 75歳到達 5. 定年等再雇用				
被保険者 4	① 被保険者等番号	〇		② 氏名	③ 生年月日
	④ 個人番号	〇		⑤ 資格喪失年月日(和暦)	⑥ 喪失理由
	⑦ 備考	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 資格確認書回収 添付 〇 枚 マイナ保険証を利用登録したため、自己廃業 ☑ 回収不能 〇 枚 本人 ☐ 家族 ☐ 滅失 〇 枚	⑨ 資格喪失証明書発送希望 ☐ 加入予定の被保険者(国民健康保険等)に求められた場合のみ☑をしてください。
	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日 ⑩ 1. 退職 2. 乗船 3. 死亡 4. 75歳到達 5. 定年等再雇用				