常務理事	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　　年　　月　　日 提出

提出者記入欄

健康保険被保険者証記号					
厚生年金保険事業所整理番		―		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	□ 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 7.令和　年　月　日	標準報酬月額			
				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		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	□ 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 7.令和　年　月　日	標準報酬月額			
				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	(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	□ 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 7.令和　年　月　日	標準報酬月額			
				保険証回収区分	1.添付	2.返不能	3.滅失

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	□ 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 7.令和　年　月　日	標準報酬月額			
				保険証回収区分	1.添付	2.返不能	3.滅失

大阪金属問屋健康保険組合