

常務理事	事務長	課長	係長	係員

健康保険 被保険者資格喪失届

受付印

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	事業所記号	
	事業所所在地	〒
	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

受付印

被保険者 1	被保険者番号		氏名 (7桁)		生年月日		昭和 平成 令和		年	月	日				
	個人番号		喪失年月日		令和	年	月	日	保険証 回収日		令和	年	月	日	回収
	喪失理由	1.退職 令和 年 月 日 2.死亡 令和 年 月 日 3.75歳到達 4.その他 【 】	日退職 日死亡	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 2. 退職後の継続再雇用者の取得 3. その他 【 】	資格喪失後 受診の有無	有	無								

被保険者 2	被保険者番号		氏名 (7桁)		生年月日		昭和 平成 令和		年	月	日				
	個人番号		喪失年月日		令和	年	月	日	保険証 回収日		令和	年	月	日	回収
	喪失理由	1.退職 令和 年 月 日 2.死亡 令和 年 月 日 3.75歳到達 4.その他 【 】	日退職 日死亡	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 2. 退職後の継続再雇用者の取得 3. その他 【 】	資格喪失後 受診の有無	有	無								

被保険者 3	被保険者番号		氏名 (7桁)		生年月日		昭和 平成 令和		年	月	日				
	個人番号		喪失年月日		令和	年	月	日	保険証 回収日		令和	年	月	日	回収
	喪失理由	1.退職 令和 年 月 日 2.死亡 令和 年 月 日 3.75歳到達 4.その他 【 】	日退職 日死亡	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 2. 退職後の継続再雇用者の取得 3. その他 【 】	資格喪失後 受診の有無	有	無								

被保険者 4	被保険者番号		氏名 (7桁)		生年月日		昭和 平成 令和		年	月	日				
	個人番号		喪失年月日		令和	年	月	日	保険証 回収日		令和	年	月	日	回収
	喪失理由	1.退職 令和 年 月 日 2.死亡 令和 年 月 日 3.75歳到達 4.その他 【 】	日退職 日死亡	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 2. 退職後の継続再雇用者の取得 3. その他 【 】	資格喪失後 受診の有無	有	無								

被保険者 5	被保険者番号		氏名 (7桁)		生年月日		昭和 平成 令和		年	月	日				
	個人番号		喪失年月日		令和	年	月	日	保険証 回収日		令和	年	月	日	回収
	喪失理由	1.退職 令和 年 月 日 2.死亡 令和 年 月 日 3.75歳到達 4.その他 【 】	日退職 日死亡	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 2. 退職後の継続再雇用者の取得 3. その他 【 】	資格喪失後 受診の有無	有	無								