

# 記入例 被保険者資格喪失届

[ 記入漏れにご注意ください ]

令和 △ 年 4 月 1 日 提出

提出者記入欄	事業所記号	7	※事業所記号は右詰で記入
	事業所所在地	〒 111-2222 △△県△△市△△町1丁目2番地3	
	事業所名称	△△△△△ 株式会社	
	事業主氏名	代表取締役 △△△ △△△	
電話番号	0123 ( 456 ) 7890		
社会保険労務士記載欄			
氏名等			

被保険者1	① 被保険者番号	異動先	② 氏名	(フリガナ)	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日
		9876	ケンボ 健保	太郎	7	7	13	12	01
	④ 喪失年月日	9. 令和	喪失時標準報酬月額	⑤	⑥ 喪失(不該当)原因	⑦ 備考			
		△△0401	340 千円		4. 退職等(令和△△年 3月31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)	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喪失 3. その他( )			
【組合記入】 証回収	1. 添付 ( 枚) 2. 減失 ( 枚) 3. 返不能 ( 枚)			被保険者 : (マ)・資・高 : (マ)・資・高 : (マ)・資・高					

## 記入方法・注意事項

提出者記入欄 : 事業所記号は記入例を参照のうえ、新規適用(又は名称・所在地変更)時に付された健康保険の事業所記号を記入してください。

①被保険者番号 : 資格取得時に払い出された被保険者番号を、必ず記入してください。**「異動先」は健康保険組合で記入します。**

②氏名 : 資格取得届等で健康保険組合に届出されている氏名(漢字、アルファベット等)をご記入ください。フリガナはカタカナで正確にご記入ください。

③生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は記入例を参照し記入してください。

④喪失年月日 : 下図を参照し、喪失年月日を記入してください。

退職等による資格喪失	退職日の翌日 転勤の当日 雇用契約の変更の当日
死亡による資格喪失	死亡日の翌日
75歳到達による健康保険の資格喪失	誕生日の当日
障害認定による健康保険の資格喪失	認定日の当日

⑤喪失時標準報酬月額 : 資格喪失時の標準報酬月額を記入してください。

⑥喪失(不該当)原因 : 下図を参照し、該当する番号を○で囲んでください。退職・死亡の場合は、その当日の年月日を( )内に記入してください。

4. 退職等	退職した場合、雇用契約の変更等により被保険者の適用対象外となった場合、退職後に継続して再雇用した場合
5. 死亡	死亡した場合
7. 75歳到達	75歳に到達したことで後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合
9. 障害認定	65歳以上75歳未満の方で、障害認定により後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合

⑦備考 : 該当する場合に記入してください。

証回収欄 : **健康保険組合で記入します。**