

様式コード
2 | 2 : 0 : 1

健康保険
厚生年金保険

被保険者資格喪失届

常務理事	事務長			担当

令和元年6月5日提出

提出者記入欄	事業所整理記号	事業所記号	6 6
事業所所在地	〒104 - 0032 東京都中央区八丁堀5-12-22		
事業所名称	八丁堀電線株式会社		
事業主氏名	代表取締役 樋澤 智之		
電話番号	03 (5541) 1236		

受付印

社会保険労務士記載欄
氏名等

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。

被保険者1	① 被保険者整理番号	1100	② 氏名	(フリガナ) ケンボ 桜子	③ 生年月日	9.令和	0 4 0 1 0 1	④ 退職等(令和元年5月31日退職等) ⑤ 死亡(令和年月日死亡) ⑥ 75歳到達(健康保険のみ喪失) ⑦ 障害認定(健康保険のみ喪失)	
	④ 個人番号(基礎年金番号)	[個人番号欄]				⑤ 喪失年月日	9.令和		0 1 0 6 0 1
	⑦ 備考	個人番号は、記入しないでください。				⑧ 保険証回収	添付 1 枚 返不能 0 枚		⑧ 70歳不該当

返却の枚数を記入してください。

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 9.令和	年 月 日	④ 退職等(令和年月日退職等) ⑤ 死亡(令和年月日死亡) ⑥ 75歳到達(健康保険のみ喪失) ⑦ 障害認定(健康保険のみ喪失)	
	④ 個人番号(基礎年金番号)	[個人番号欄]				⑤ 喪失年月日	9.令和		年 月 日
	⑦ 備考					⑧ 保険証回収	添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚		⑧ 70歳不該当

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 9.令和	年 月 日	④ 退職等(令和年月日退職等) ⑤ 死亡(令和年月日死亡) ⑥ 75歳到達(健康保険のみ喪失) ⑦ 障害認定(健康保険のみ喪失)	
	④ 個人番号(基礎年金番号)	[個人番号欄]				⑤ 喪失年月日	9.令和		年 月 日
	⑦ 備考					⑧ 保険証回収	添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚		⑧ 70歳不該当

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 9.令和	年 月 日	④ 退職等(令和年月日退職等) ⑤ 死亡(令和年月日死亡) ⑥ 75歳到達(健康保険のみ喪失) ⑦ 障害認定(健康保険のみ喪失)	
	④ 個人番号(基礎年金番号)	[個人番号欄]				⑤ 喪失年月日	9.令和		年 月 日
	⑦ 備考					⑧ 保険証回収	添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚		⑧ 70歳不該当

記入方法

提出者記入欄 : 事業所整理記号・事業所番号は下図を参照し、記入してください。

事業所整理記号			0	1	—	イ	ロ	ハ		事業所記号	1	2	3	4	5
---------	--	--	---	---	---	---	---	---	--	-------	---	---	---	---	---

- ①被保険者整理番号 : 被保険者整理番号を記入してください。
- ②氏名 : 氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。
- ③生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照し記入してください。

⑤昭和	年	月	日
7.平成	6	3	0
9.令和			5
			0
			3

- ④個人番号 (基礎年金番号) : 健康保険組合への届出については、記入不要です。ただし、日本年金機構に提出する場合は、本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。また基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。
- ⑤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

- 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 : 必要に応じて記入してください。
- ⑧70歳不該当 : 健康保険組合への届出については、記入不要です。