

健康保険 被保険者資格喪失届

令和 7 年 12 月 2 日 提出

常務理事	事務長			

提出者記入欄	事業所記号	66
	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	代表取締役社長 辻田 靖輔
	電話番号	03- (5541) 1236

受付印

社会保険労務士
氏名等

該当する喪失原因にチェックをしてください。
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。

被保険者1	① 被保険者番号	1100	② 氏名	(フリガナ) ケンポ 健保 (氏) ハナコ 花子 (名)	③ 生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	年 月 日	0 4 0 1 0 1
	④ 個人番号(基礎年金番号)		⑤ 喪失年月日	9.令和 0 7 1 2 0 2	⑥ 喪失(不該当)原因	☒ 退職等(令和 7年12月1日退職等) ☐ 死亡(令和 年 月 日死亡) ☐ 75歳到達 ☐ 障害認定		
	⑦ 備考	個人番号は記入しないでください。			⑧・マイナ保険証 ・資格確認書 添付 1 枚 返不能 枚	該当する方に○をしてください。 資格確認書が発行されている場合は返却枚数を記入してください。 紛失等で返却できない場合は、その枚数を記入し、別途「滅失届」または「回収不能届」を提出してください。		

被保険者2	① 被保険者番号		② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	
	④ 個人番号(基礎年金番号)		⑤ 喪失年月日	9.令和	⑥ 喪失(不該当)原因	☐ 75歳到達 ☐ 障害認定		
	⑦ 備考				⑧・マイナ保険証 ・資格確認書 添付 枚 返不能 枚			

被保険者3	① 被保険者番号		② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	
	④ 個人番号(基礎年金番号)		⑤ 喪失年月日	9.令和	⑥ 喪失(不該当)原因	☐ 退職等(令和 年 月 日退職等) ☐ 死亡(令和 年 月 日死亡) ☐ 75歳到達 ☐ 障害認定		
	⑦ 備考				⑧・マイナ保険証 ・資格確認書 添付 枚 返不能 枚			

被保険者4	① 被保険者番号		② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	
	④ 個人番号(基礎年金番号)		⑤ 喪失年月日	9.令和	⑥ 喪失(不該当)原因	☐ 退職等(令和 年 月 日退職等) ☐ 死亡(令和 年 月 日死亡) ☐ 75歳到達 ☐ 障害認定		
	⑦ 備考				⑧・マイナ保険証 ・資格確認書 添付 枚 返不能 枚			