

# 健康保険 被保険者資格喪失届

令和 6 年 11 月 5 日 提出

常務理事	事務長			

提出者記入欄	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 (フリガナ) 氏名	ケンポ 花子	③ 生年月日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/>	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 6 1 1 0 1	⑥ 喪失(不該当)原因	<input checked="" type="checkbox"/> 退職等(令和 6年10月31日退職等) <input type="checkbox"/> 死亡(令和 年 月 日死亡) <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 障害認定	
	⑦ 備考	個人番号は記入しないでください。		⑧ 保険証・資格確認書回収	添付 1 枚 返不能 枚	保険証・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、その枚数を記入してください。	

被保険者 2	① 被保険者番号		② (フリガナ) 氏名		③ 生年月日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/>	
	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	<input type="checkbox"/> 退職等(令和 年 月 日退職等) <input type="checkbox"/> 死亡(令和 年 月 日死亡) <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 障害認定	
	⑦ 備考			⑧ 保険証・資格確認書回収	添付 枚 返不能 枚		

被保険者 3	① 被保険者番号		② (フリガナ) 氏名		③ 生年月日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/>	
	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	<input type="checkbox"/> 退職等(令和 年 月 日退職等) <input type="checkbox"/> 死亡(令和 年 月 日死亡) <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 障害認定	
	⑦ 備考			⑧ 保険証・資格確認書回収	添付 枚 返不能 枚		

被保険者 4	① 被保険者番号		② (フリガナ) 氏名		③ 生年月日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/>	
	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	<input type="checkbox"/> 退職等(令和 年 月 日退職等) <input type="checkbox"/> 死亡(令和 年 月 日死亡) <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 障害認定	
	⑦ 備考			⑧ 保険証・資格確認書回収	添付 枚 返不能 枚		