

喪失

健康保険 被保険者資格喪失届

課長	係長	係員

令和 元 年 5 月 7 日提出

「健康保険事業所記号」

受付印

健康保険 被保険者証記号	2 2 7
厚生年金保険 事業所整理記号	
事業所 所在地	〒 171 - 0022 東京都豊島区南池袋◇-◇-◇
事業所 名称	(株)タケイディスプレイ
事業主 氏名	代表取締役 竹井 世津子
電話番号	03 (3984) XXXX

事業主印〔代表印又は会社印（角印）と個人印の組み合わせ〕を押印してください。



資格喪失年月日を記入してください
(平成31年4月30日退職の場合は翌日の令和元年5月1日となります。)

① 保険証 の番号	350	② フリガナ 氏名	ケンポ 健保	名	タロウ 太郎	③ 生年 月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	4	8	0	4	0	5
④ 個人 番号						⑤ 喪失 年月日	9 令和	0	1	0	5	0	1			
⑦ 備考	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 []					⑧ 保険証 回収	添付	3	枚	返不能	枚	減失	枚			

① 保険証 の番号	502	② フリガナ 氏名	ケンポ 健保	名	ジロウ 次郎	③ 生年 月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	1	9	0	4	1	6
④ 個人 番号						⑤ 喪失 年月日	7 平成	3	1	0	4	1	6			
⑦ 備考	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 []					⑧ 保険証 回収	添付	1	枚	返不能	枚	減失	枚			

① 保険証 の番号		② フリガナ 氏名		名		③ 生年 月日	5.昭和	年	月	日						
④ 個人 番号						⑤ 喪失 年月日	7. 平成									
⑦ 備考	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 []					⑧ 保険証 回収	添付		枚	返不能		枚	減失		枚	

保険証の枚数を記入してください。

添付 被保険者証を添付するとき。

返不能 被保険者証の回収ができず、添付できないとき。
「健康保険被保険者証回収不能届」の添付が必要になります

減失 被保険者証を紛失してしまい、添付できないとき。
「健康保険被保険者証減失届」の添付が必要になります

次のいずれかを○で囲んでください。

4 退職等 退職したとき、又は雇用形態が変わり適用除外となったとき。

5 死亡 死亡したとき。

7 75歳到達 75歳に到達し健康保険の被保険者資格を喪失するとき。
(75歳より後期高齢者)

9 障害認定 一定の障害に該当し広域連合の認定を受け、後期高齢者医療の被保険者となるため、健康保険の被保険者資格を喪失するとき。