喪 失

健康保険 被保険者資格喪失届

課 長	係 長	係 員

受付印

令和 元 年 5 月 7 日提出

提出者記入欄

事業所記号	2 2 7
厚生年金保険事業所整理記号	
事業所番号	
事業所所在地	〒 171 － 0022 東京都豊島区南池袋◇-◇-◇
事業所名称	㈱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

社会保険労務士記載欄｜氏名等

資格喪失年月日を記入してください

被保険者1

① 被保険者の番号	350	② 氏名	フリガナ ケンポ タロウ / 氏 健保 名 太郎
③ 生年月日	5.昭和 7.平成 4年 8月 0日	④ 個人番号	
⑤ 喪失年月日	9.令和 0年 1月 0日	⑥ 喪失原因	4. 退職等 平成 31年 4月 30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）
⑦ 備考	該当する項目を〇で囲んでください。 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 保険証または資格確認書回収	添付 3 枚 返不能 ＿ 枚 滅失 ＿ 枚

被保険者2

① 被保険者の番号	502	② 氏名	フリガナ ケンポ ジロウ / 氏 健保 名 次郎
③ 生年月日	5.昭和 7.平成 2年 4月 1日	④ 個人番号	
⑤ 喪失年月日	7.平成 3年 1月 4日	⑥ 喪失原因	4. 退職等 令和 年 月 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）
⑦ 備考	該当する項目を〇で囲んでください。 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 保険証または資格確認書回収	添付 1 枚 返不能 ＿ 枚 滅失 ＿ 枚

75歳到達の場合は誕生日を記入

保険証または資格確認書の枚数を記入してください。

添付　保険証（資格確認書）を添付するとき。
返不能　保険証（資格確認書）の回収ができず、添付できないとき。
滅失　保険証（資格確認書）を紛失してしまい、添付できないとき。
「被保険者証／資格確認書滅失届」の添付が必要になります。

次のいずれかを〇で囲んでください。

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。

被保険者4

①		②	フリガナ
④ 個人番号		⑤ 喪失年月日	9.令和 年 月 日
⑥ 喪失原因	4. 退職等 令和 年 月 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）	⑦ 備考	該当する項目を〇で囲んでください。 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 保険証または資格確認書回収	添付 ＿ 枚 返不能 ＿ 枚 滅失 ＿ 枚		

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合