

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	部長	課長	係長	係員

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所整理記号	-	健康保険事業所記号	
	事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 -		
	事業所名称			
	事業主氏名			
電話番号	()			

受付印

社会保険労務士記載欄
氏名等

被保険者 1	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	年 月 日
	④ 個人番号	⑤ 喪失年月日	7 平成 9 令和	年 月 日	⑥ 喪失(不該当)原因	4. 退職等 5. 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) 11. 社会保障協定
	⑦ 備考	保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚		⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当年月日 7 平成 9 令和 年 月 日	

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	年 月 日
	④ 個人番号	⑤ 喪失年月日	7 平成 9 令和	年 月 日	⑥ 喪失(不該当)原因	4. 退職等 5. 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) 11. 社会保障協定
	⑦ 備考	保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚		⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当年月日 7 平成 9 令和 年 月 日	

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	年 月 日
	④ 個人番号	⑤ 喪失年月日	7 平成 9 令和	年 月 日	⑥ 喪失(不該当)原因	4. 退職等 5. 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) 11. 社会保障協定
	⑦ 備考	保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚		⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当年月日 7 平成 9 令和 年 月 日	

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	年 月 日
	④ 個人番号	⑤ 喪失年月日	7 平成 9 令和	年 月 日	⑥ 喪失(不該当)原因	4. 退職等 5. 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) 11. 社会保障協定
	⑦ 備考	保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚		⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当年月日 7 平成 9 令和 年 月 日	

この届書は、「従業員が退職した場合」、「60歳以上の方で退職後に継続して再雇用した場合」、「従業員が死亡した場合」、「従業員が75歳に到達した場合」、「障害認定を受け後期高齢者医療の資格を取得した場合」等に提出するものです。

記入方法

提出者記入欄 : 健康保険事業所記号欄は、被保険者証にある「記号」を記入してください。

①被保険者整理番号 : 資格取得時に払い出しされた被保険者整理番号を、記入してください。

②氏名 : 氏名は住民票に登録されているものと同じ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 7. 平成	年	月	日
6	3	05	03

④個人番号 : 健康保険組合への届出については、記入不要です。

(基礎年金番号) 基礎年金番号は、10桁の番号を左詰めで記入してください(健康保険組合への届出については、記入不要です)。

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 転職の当日 雇用契約変更の当日
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 : 70歳以上の方で資格喪失理由が退職、死亡である場合は、「□70歳以上被用者不該当」にチェックを入れてください。

また、「不該当年月日」に退職または死亡した当日の年月日を記入してください。

在職中に70歳に到達された方の厚生年金保険被保険者資格喪失届は、この用紙ではなく『70歳到達届』をご提出ください。

添付書類

・健康保険被保険者証(本人および被扶養者分)

※健康保険被保険者証が回収できないときは、『健康保険被保険者証回収不能届』を提出してください。

※健康保険被保険者証を紛失したときは、『健康保険被保険者証滅失届』を提出してください。

・60歳以上の方で退職後の継続再雇用の場合(別途、健康保険被保険者資格取得届も必要です)。

ア. 就業規則・退職辞令のコピー等退職日が確認できる書類および継続して再雇用されたことが確認できる雇用契約書のコピー

イ. 上記「ア」の書類が添付できない場合、事業主の証明書(退職日、再雇用日が記載されているもの)等

お知らせ

・退職後の健康保険の任意継続を希望する場合は、健康保険組合にお問い合わせください。