健康保険 被保険者資格喪失届

常務理事	事務長	係長	担当者

受付印

令和 6 年 12 月 2 日 提出

提出者記入欄

事業所整理記号	1 2 3 4 − A B C	事業所記号	0 1 2 3 4
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。 〒 111 - 1111 埼玉県〇〇市〇〇〇 1−23−45		
事業所名称	〇〇〇〇 信用金庫		
事業主氏名	理事長 〇〇 〇〇〇		
電話番号	03 （1234） 5678		

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	9999	② 氏名	(フリガナ) ケンポ	タロウ	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	6	年 0	0	月 8	0	日 2
			(氏) 健保	(名) 太郎								
④ 個人番号（基礎年金番号）	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	⑤ 喪失年月日	9.令和	0	年 6	1	月 2	0	日 2	⑥ 喪失（不該当）原因	4. 退職等（令和 6 年12月1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） 11. 社会保障協定
⑦ 備考		資格確認書回収/保険証回収 添付 1 枚 返不能 ＿＿ 枚								⑧ 70歳不該当	□ 70歳以上被用者不該当 （退職日又は死亡日を記入してください） 不該当年月日 9.令和 年 月 日

提出者記入欄 ： 事業所整理記号・事業所番号は下図を参照し、新規適用時または、名称・所在地変更時に付された記号・番号を記入してください。

事業所整理記号			0	1	—	イ	ロ	ハ		事業所記号	1	2	3	4	5

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、必ず記入してください。

②氏名 ： 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〇で囲んでください。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 9.令和	6	年 3	0	月 5	0	日 3

④個人番号（基礎年金番号） ： 本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、基礎年金番号通知書等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。ただし、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 転勤の当日 雇用契約の変更の当日
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、該当する番号を〇で囲んでください。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歳以上の場合、「□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』を提出してください。