

記入例

健康保険 被保険者資格喪失届

常務理事	事務長	業務課長		担当者

受付年月日

令和 8 年 4 月 1 日 提出

提出者記入欄	事業所記号	1 0 1
	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。	
	事業所所在地	〒 020 - 0122 盛岡市〇〇丁目〇〇-〇〇
	事業所名称	株式会社 健保自動車
	事業主氏名	代表取締役社長 健保 良一
電話番号	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	

被保険者資格喪失届の場合は、資格確認書の添付が必要です(発行されている場合のみ)。添付できない場合は、「資格確認書回収不能届」を添付してください。

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	3	② 氏名	(フリガナ) ケンボ 健保 (氏) 健保 (名) サプロウ 三郎	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	〇 1 〇 5 〇 5
	④ 個人番号(基礎年金番号)		⑤ 喪失年月日	9.令和	〇 8 〇 4 〇 1	⑥ 喪失(不該当)原因	4. 退職等(令和8年3月31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 添付 2 枚 返不能 枚		⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日又は死亡日を記入してください)		

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 9.令和	
	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	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) 11. 社会保障協定
	⑦ 備考	資格確認書回収 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 (退職日又は死亡日を記入してください)		

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 9.令和	
	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	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) 11. 社会保障協定
	⑦ 備考	資格確認書回収 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 (退職日又は死亡日を記入してください)		

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 9.令和	
	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	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) 11. 社会保障協定
	⑦ 備考	資格確認書回収 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 (退職日又は死亡日を記入してください)		

記入方法

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

事業所 記号	1	2	3
-----------	---	---	---

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○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	年	月	日
7.平成	6	3	05
9.令和			03

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○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。