

正

健康保険 被保険者資格喪失届

決裁	常務理事	事務長	課長	係長	係員
日付印					

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	事業所記号	
	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

社会保険労務士記載欄
氏 名 等

受付日付印

※事業主様へ
喪失年月日以降は服装健康保険組合員の資格を喪失しますので、医療機関での保険診療や調剤薬局での保険調剤は受けられない旨を被保険者(被扶養者を含む)にご説明ください。

被保険者 1	① 被保険者整理番号	② (フリガナ) 氏 名	(名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日
	④ 個人番号	※ご記入の必要はございません。		⑤ 喪失年月日	9.令和	年	月	日
	⑦ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 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 70 歳 不該当	⑨ 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) 11.社会保障協定			

被保険者 2	① 被保険者整理番号	② (フリガナ) 氏 名	(名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日
	④ 個人番号	※ご記入の必要はございません。		⑤ 喪失年月日	9.令和	年	月	日
	⑦ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 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 70 歳 不該当	⑨ 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) 11.社会保障協定			

被保険者 3	① 被保険者整理番号	② (フリガナ) 氏 名	(名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日
	④ 個人番号	※ご記入の必要はございません。		⑤ 喪失年月日	9.令和	年	月	日
	⑦ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 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 70 歳 不該当	⑨ 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) 11.社会保障協定			

被保険者 4	① 被保険者整理番号	② (フリガナ) 氏 名	(名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日
	④ 個人番号	※ご記入の必要はございません。		⑤ 喪失年月日	9.令和	年	月	日
	⑦ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 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 70 歳 不該当	⑨ 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) 11.社会保障協定			

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」等にご提
「出いただくものです。

【添付書類】

資格確認書(本人及び被扶養者分)
※資格確認書を添付できない場合は、「資格確認書 減失届」または「資格確認書 回収不能届」を届出してください。

【記入方法】

提出者記入欄：事業所記号は、新規適用時または組合編入時に付された記号を記入してください。

事業所 記 号				2	0
------------	--	--	--	---	---

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：元号の番号に○印を付けて次のとおり記入してください。

5.昭和		年		月		日
7.平成	○	2	1	2	0	1
9.令和						

④個人番号：記入不要です。

⑤喪失年月日(添付書類)：次により記入してください。
当組合が届書を受付した日から60日以上遡及する場合は、事実上の使用関係がなくなった日が確認できる出勤簿及び賃金台帳の写しを添付してください。
※ 役員の場合は、取締役会等の議事録の写しについても添付してください。

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
社会保障協定による資格喪失	社会保障協定発効の当日 相手国法令の適用となった日の翌日

⑥喪失原因：次により該当する番号に○印を付けてください。
退職・死亡の場合は、退職日または死亡日を括弧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歳到達により後期高齢者医療に該当した場合
9.障害認定	65歳以上75歳未満の方が障害認定により後期高齢者医療に該当した場合
11.社会保障協定	社会保障協定により相手国法令の適用を受けた場合

⑦備考：該当するものに○印を付けてください。
「2.退職後の継続再雇用者の喪失」に該当する場合は、別途、同日付の資格取得届を届出が必要となります。
※ 資格取得届には、退職日が確認できる書類(就業規則または退職辞令の写し)及び再雇用された日が確認できる書類(雇用契約書または労働条件通知書の写し)を添付してください。

⑧70歳不該当：記入不要です。

⑨資格確認書回収区分及び枚数等：回収区分の該当する番号に○印を付けて、回収枚数等を記入してください。
「2.返不能」(回収できなかった。)の場合は、「資格確認書 回収不能届」を届出してください。
「3.減失」(失くした。)の場合は、「資格確認書 減失届」を届出してください。

【お知らせ】

保険料の負担は、資格喪失年月日が属する月の前月分までとなります。
退職による資格喪失の場合、資格喪失年月日は退職日の翌日となるため、月末に退職した場合は退職した月の分までの保険料が必要となりますのでご注意ください。

副

健康保険被保険者資格喪失確認通知書

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	事業所記号	
	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	殿
	電話番号	()

この通知のことでわからないことがあるときは当健康保険組合へお尋ねください。

この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官(地方厚生(支)局内)に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。

再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会(厚生労働省内)に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内(再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内)に、健康保険組合を被告として提起することができます。(ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。)

なお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても提起することができます。

服装健康保険組合 理事長

※事業主様へ
喪失年月日以降は服装健康保険組合員の資格を喪失しますので、医療機関での保険診療や調剤薬局での保険調剤は受けられない旨を被保険者(被扶養者を含む)にご説明ください。

被保険者1	① 被保険者整理番号	② (フリガナ) 氏名 (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日
	④ 個人番号	※ご記入の必要はございません。		⑤ 喪失年月日	9.令和 年 月 日
	⑦ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 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 70歳不該当	⑨ 資格確認書回収区分及び枚数等
		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) 11.社会保障協定		
		⑨ 回収区分	1.添付	2.返不能	3.減失
		回収枚数等		枚	枚

被保険者2	① 被保険者整理番号	② (フリガナ) 氏名 (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日
	④ 個人番号	※ご記入の必要はございません。		⑤ 喪失年月日	9.令和 年 月 日
	⑦ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 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 70歳不該当	⑨ 資格確認書回収区分及び枚数等
		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) 11.社会保障協定		
		⑨ 回収区分	1.添付	2.返不能	3.減失
		回収枚数等		枚	枚

被保険者3	① 被保険者整理番号	② (フリガナ) 氏名 (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日
	④ 個人番号	※ご記入の必要はございません。		⑤ 喪失年月日	9.令和 年 月 日
	⑦ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 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 70歳不該当	⑨ 資格確認書回収区分及び枚数等
		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) 11.社会保障協定		
		⑨ 回収区分	1.添付	2.返不能	3.減失
		回収枚数等		枚	枚

被保険者4	① 被保険者整理番号	② (フリガナ) 氏名 (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日
	④ 個人番号	※ご記入の必要はございません。		⑤ 喪失年月日	9.令和 年 月 日
	⑦ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 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 70歳不該当	⑨ 資格確認書回収区分及び枚数等
		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) 11.社会保障協定		
		⑨ 回収区分	1.添付	2.返不能	3.減失
		回収枚数等		枚	枚

服装健康保険組合 (R8.6)