

正

健康保険 被保険者資格喪失届

新規適用時または組合編入時に付された番号を記入してください。

記入例

令和 8 年 6 月 30

決裁	常務理事	事務長	課長	係長	係員
日付印					

受付日付印

提出者記入欄	事業所記号	406
	事業所所在地	〒113-0021 東京都文京区本駒込6-2-19
	事業所名称	株式会社 健康保険事業研究所
	事業主氏名	健保 一郎
	電話番号	03 (3946) 8561

社会保険労務士記載欄
氏 名 等

※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	123	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。	フクソウ 服装	(名)		7
	④ 個人番号	※ご記入の必要はありません。			⑤ 喪失年月日	9.令和 0 8	11. 社会保障協定
	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	1. 添付 2. 返不能 3. 減失 回収枚数等 枚 枚 1 枚

被保険者 2	① 被保険者整理番号	130	② (フリガナ) 氏 名	フクソウ 服装	ジロウ 次郎	③ 生年月日	⑤ 昭和 7.平成 9.令和 3 6 0 6 0 5
	④ 個人番号	※ご記入の必要はありません。			⑤ 喪失年月日	9.令和 0	⑥ 退職等(令和 8 年 6 月 14 日退職等)
	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	1 枚 枚 枚

被保険者 3	① 被保険者整理番号	145	② (フリガナ) 氏 名	フクソウ 服装	イチロウ 一郎	③ 生年月日	⑤ 昭和 7.平成 9.令和 5 6 1 1 1 2
	④ 個人番号	※ご記入の必要はありません。			⑤ 喪失年月日	9.令和 0 8 0 3 1 1	⑥ 退職等(令和 8 年 3 月 10 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	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	1. 添付 2. 返不能 3. 減失 回収枚数等 枚 枚 枚

被保険者 4	① 被保険者整理番号		② (フリガナ) 氏 名			③ 生年月日	7.平成 9.令和
	④ 個人番号	※ご記入の必要はありません。			⑤ 喪失年月日	9.令和	⑥ 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	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	1. 添付 2. 返不能 3. 減失 回収枚数等 枚 枚 枚