

喪失

健康保険 被保険者資格喪失届

部 長	課 長	課長補佐	チーフ	担 当

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	健康保険 被保険者等記号	
	厚生年金保険 事業所整理記号	
	事業所 所在地	
	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 被保険者等 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	9 令和	年	月	日	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
	⑦ 備 考	該当する項目を○で囲んでください。 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 保険証 回収	添 付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 滅 失 _____ 枚	⑨ 資格 確認書 回収	添 付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 滅 失 _____ 枚		

被保険者 2	① 被保険者等 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	9 令和	年	月	日	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
	⑦ 備 考	該当する項目を○で囲んでください。 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 保険証 回収	添 付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 滅 失 _____ 枚	⑨ 資格 確認書 回収	添 付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 滅 失 _____ 枚		

被保険者 3	① 被保険者等 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	9 令和	年	月	日	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
	⑦ 備 考	該当する項目を○で囲んでください。 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 保険証 回収	添 付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 滅 失 _____ 枚	⑨ 資格 確認書 回収	添 付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 滅 失 _____ 枚		

被保険者 4	① 被保険者等 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	9 令和	年	月	日	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
	⑦ 備 考	該当する項目を○で囲んでください。 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 保険証 回収	添 付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 滅 失 _____ 枚	⑨ 資格 確認書 回収	添 付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 滅 失 _____ 枚		

記入例 | 資格喪失届

令和 6 年 10 月 1 日提出

提出者記入欄	健康保険 被保険者等記号	1	2	3	4
	厚生年金保険 事業所整理記号				
	事業所 番号				
	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				
	東京都〇〇区〇〇町1-2-3 〇〇〇〇 株式会社 代表取締役社長 東京 吾郎 03 (1234) 5678				

社会保険労務士記載欄 氏名等	

被保険者1	① 被保険者等 番号	12	② 氏名	フリガナ デンシ 電子	タロウ 太郎	③ 生年月日	5.昭和 7.平成	年	1	0	1	2	0	1	日	
	④ 個人 番号					⑤ 喪失 年月日	9 令和	0	6	1	0	0	1	日	⑥ 喪失 原因	4. 退職等 令和 6 年 9 月 30 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. 社会保険協定
	⑦ 備 考	該当する項目を○で囲んでください。 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 保険証 回収	添 付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 減 失 _____ 枚				⑨ 資格 確認書 回収	添 付 3 枚 返不能 _____ 枚 減 失 _____ 枚				

記入方法 | 記入例を参考に次の事項に注意のうえご記入ください。

① 被保険者等 番号	資格取得時に払い出された被保険者整理番号(保険証番号)をご記入ください。
② 氏 名	住民票に登録されている氏名をご記入ください。(フリガナはカタカナでご記入ください。)
④ 個人番号	個人番号の記入は不要です。
⑤ 喪失年月日	次の喪失理由により、喪失年月日をご記入ください。 ・ 退職等：退職日の翌日、転勤の当日、雇用契約変更の当日 ・ 死亡：死亡日の翌日 ・ 75歳到達により後期高齢者医療に該当：誕生日の当日 ・ 65歳以上75歳未満で障害認定により後期高齢者医療に該当：認定日の当日
⑥ 喪失原因	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ご記入ください。)
⑦ 備 考	「1.二以上事業所勤務者の喪失」は、2カ所以上の適用事業所で勤務している被保険者が喪失する場合に○で囲んでください。 60歳以上の者で、退職した者が1日の空白もなく引き続き再雇用された場合、 「2.退職後の継続再雇用者の喪失」を○で囲み、この届書と合わせて『被保険者資格取得届』をご提出ください。 転勤により資格喪失する場合は、「3.その他」を○で囲み、()内に「〇〇年〇〇月〇〇日転勤」とご記入ください。 厚生年金基金の加入員である被保険者であって被保険者の資格を取得した月にその資格を喪失した者については、 「3.その他」を○で囲み、()内に「加入員の資格同月得喪」とご記入ください。
⑧ 保険証回収	(保険証を交付されている方のみ)添付した保険証の枚数等をご記入ください。 令和7年12月2日以降に資格喪失した方は返却不要です。
⑨ 資格確認書回収	(資格確認書を交付されている方のみ)添付した資格確認書の枚数等をご記入ください。 有効期限経過後に資格喪失した方は返却不要です。

添付書類

- 健康保険被保険者証を交付されている方「健康保険被保険者証」、資格確認書を交付されている方「資格確認書」(有効期限内のみ)
- 健康保険被保険者証が回収できないときは、「被保険者証・資格確認書回収不能届」
- 健康保険高齢受給者証が交付されているときは「健康保険高齢受給者証」