

喪失

健康保険 被保険者資格喪失届

(訂正届)

令和 6 年 10 月 1 日提出

部長	課長	課長補佐	子一フ	担当

受付印

記入例

健康保険 被保険者等記号	77		
厚生年金保険 事業所整理記号		事業所 番号	
事業所 所在地	〒 111 - 1111 東京都〇〇区〇〇町1-2-3		
事業所 名称	〇〇〇〇株式会社		
事業主 氏名	代表取締役社長 東京 吾郎		
電話番号	03 (1234) 5678		

社会保険労務士記載欄 | 氏名等

① 被保険者等 番号	12	② フリガナ 氏名	デンシ 太郎	③ 生年 月日	7.平成 101201	
④ 個人 番号	/		⑤ 喪失 年月日	9 令和 061001	⑥ 喪失 原因	④ 退職等 令和 6 年 10 月 9 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

資格喪失年月日
【誤】 令和 6 年 10 月 1 日
【正】 令和 6 年 10 月 10 日

① 被保険者等 番号		② フリガナ 氏名		③ 生年 月日		
④ 個人 番号	/		⑤ 喪失 年月日	9 令和	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

① 被保険者等 番号		② フリガナ 氏名		③ 生年 月日		
④ 個人 番号	/		⑤ 喪失 年月日	9 令和	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

① 被保険者等 番号		② フリガナ 氏名		③ 生年 月日		
④ 個人 番号	/		⑤ 喪失 年月日	9 令和	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