

喪失

健康保険

被保険者資格喪失届

記入例

(訂正届)

平成 30 年 4 月 1 日提出

提出者記入欄	健康保険被保険者証記号	77	事業所番号	
	厚生年金保険事業所整理記号	〒 111 - 1111		
	事業所所在地	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			印
電話番号	03 (1234) 5678			
社会保険労務士記載欄 氏名等				印

被保険者1	① 保険証の番号	12	② 氏名	フリガナ デンシ タロウ 氏 電子 太郎	③ 生年月日	5.昭和 7.平成	年 月 日	1 0 1 2 0 1
	④ 個人番号	/			⑤ 喪失年月日	7.平成 9.令	年 月 日	3 0 0 3 3 1 3 0 0 4 0 1
	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	添付 3 枚		

資格喪失年月日
【誤】平成30年3月31日
【正】平成30年4月1日

被保険者2	① 保険証の番号		② 氏名	フリガナ 氏	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	7.平成 9.令	年 月 日	
	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		

被保険者3	① 保険証の番号		② 氏名	フリガナ 氏	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	7.平成 9.令	年 月 日	
	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		

被保険者4	① 保険証の番号		② 氏名	フリガナ 氏	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	7.平成 9.令	年 月 日	
	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		