

届書コード
201

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	扱者

健康保険被保険者資格喪失届

令和3年6月1日提出

提出者記入欄	健康保険証の記号	9000	受付印
	事業所所在地	〒135-0000 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 〇〇 〇〇	
電話番号	03-1234-5678	社会保険労務士記載欄 氏名等	

被保険者1	① 被保険者証の番号	10	② (フリガナ) 氏名	フカガワ 深川 一郎	③ 生年月日	昭和7平成	630503				
	④ 個人番号	012345678910	⑤ 喪失年月日	9.令和 030601	⑥ 喪失(不該当)原因	4. 退職等(令和1年5月31日退職等) 5. 死亡(令和年月日死亡) 9. 障害認定(健康保険のみ喪失)					
	⑦ 被保険者証(被保険者用)回収区分	添付1 返不能2 減失3	⑧ 被扶養者の有無	無・有()人	健康保険証(被扶養者用)回収区分	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	⑨ 備考
	⑦ 被保険者証(被保険者用)回収区分	添付1 返不能2 減失3	⑧ 被扶養者の有無	無・有()人	健康保険証(被扶養者用)回収区分	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	⑨ 備考

被保険者2	① 被保険者証の番号		② (フリガナ) 氏名		③ 生年月日	5.昭和7平成					
	④ 個人番号		⑤ 喪失年月日	9.令和	⑥ 喪失(不該当)原因	4. 退職等(令和年月日退職等) 5. 死亡(令和年月日死亡) 9. 障害認定(健康保険のみ喪失)					
	⑦ 被保険者証(被保険者用)回収区分	添付1 返不能2 減失3	⑧ 被扶養者の有無	無・有()人	健康保険証(被扶養者用)回収区分	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	⑨ 備考
	⑦ 被保険者証(被保険者用)回収区分	添付1 返不能2 減失3	⑧ 被扶養者の有無	無・有()人	健康保険証(被扶養者用)回収区分	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	⑨ 備考

被保険者3	① 被保険者証の番号		② (フリガナ) 氏名		③ 生年月日	5.昭和7平成					
	④ 個人番号		⑤ 喪失年月日	9.令和	⑥ 喪失(不該当)原因	4. 退職等(令和年月日退職等) 5. 死亡(令和年月日死亡) 9. 障害認定(健康保険のみ喪失)					
	⑦ 被保険者証(被保険者用)回収区分	添付1 返不能2 減失3	⑧ 被扶養者の有無	無・有()人	健康保険証(被扶養者用)回収区分	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	⑨ 備考
	⑦ 被保険者証(被保険者用)回収区分	添付1 返不能2 減失3	⑧ 被扶養者の有無	無・有()人	健康保険証(被扶養者用)回収区分	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	⑨ 備考

被保険者4	① 被保険者証の番号		② (フリガナ) 氏名		③ 生年月日	5.昭和7平成					
	④ 個人番号		⑤ 喪失年月日	9.令和	⑥ 喪失(不該当)原因	4. 退職等(令和年月日退職等) 5. 死亡(令和年月日死亡) 9. 障害認定(健康保険のみ喪失)					
	⑦ 被保険者証(被保険者用)回収区分	添付1 返不能2 減失3	⑧ 被扶養者の有無	無・有()人	健康保険証(被扶養者用)回収区分	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	⑨ 備考
	⑦ 被保険者証(被保険者用)回収区分	添付1 返不能2 減失3	⑧ 被扶養者の有無	無・有()人	健康保険証(被扶養者用)回収区分	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	⑨ 備考

【記入方法】

- ①被保険者証の番号 : 健康保険被保険者証の番号をご記入ください。
- ②氏名 : 戸籍上の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 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照し記入してください。

⑤昭和	年	月	日
7.平成	6	3	0
			5
			0
			3

- ④個人番号 (基礎年金番号) : 本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号は、年金手帳に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。
- ⑤喪失年月日 : 下図を参照し、喪失年月日を記入してください。

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
障害認定による健康保険の資格喪失	認定日の当日

- ⑥喪失(不該当)原因 : 下図を参照し、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()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
9. 障害認定	65歳以上75歳未満の方で、障害認定により後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合

- ⑦被保険者証 (被保険者用)回収区分 : この届書に被保険者の「健康保険被保険者証」を添付したときは「添付1」を、「健康保険被保険者証回収不能届」を添付したときは「返不能2」を、「健康保険被保険者証滅失届」を添付したときは「滅失3」を、○で囲んでください。
- ⑧被扶養者の有無 : いずれか該当する文字を○で囲んでください。なお、「有」の場合は、()内に人数を記入してください。
- ⑨備考 : 必要に応じて記入してください。

【添付書類】

- 「健康保険被保険者証」
- 健康保険被保険者証を滅失したため添付できないときは、「健康保険被保険者証滅失届」
- 被保険者であった者の所在がわからないため、被保険者証を回収することができないときは、「健康保険被保険者証回収不能届」

この届書は、資格喪失の日から5日以内に提出してください。