

様式コード			
2	2	0	1

# 健康保険 被保険者資格喪失届

常務理事	事務長		係員	係員

受付印

提出者記入欄	令和 年 月 日提出
	健康保険被保険者証記号
	事業所所在地 届出記入の個人番号に誤りがないことを確認いたしました。 〒 -
	事業所名称
	事業主氏名
電話番号 ( )	

社会保険労務士記載欄   氏名等

被保険者1	① 被保険者整理番号	② 氏名	フリガナ 氏 名	③ 生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 9.令和
	④ 個人番号	⑤ 喪失年月日 死亡、退職日の翌日	9.令和 年 月 日	⑥ 喪失原因	4. 退職・契約終了等 令和 年 月 日 5. 死亡 令和 年 月 日 6. 75 歳到達 7. 船員保険へ 8. その他
	⑦ 備考	該当する項目があれば○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失			⑧ 保険証回収

被保険者2	① 被保険者整理番号	② 氏名	フリガナ 氏 名	③ 生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 9.令和
	④ 個人番号	⑤ 喪失年月日 死亡、退職日の翌日	9.令和 年 月 日	⑥ 喪失原因	4. 退職・契約終了等 令和 年 月 日 5. 死亡 令和 年 月 日 6. 75 歳到達 7. 船員保険へ 8. その他
	⑦ 備考	該当する項目があれば○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失			⑧ 保険証回収

被保険者3	① 被保険者整理番号	② 氏名	フリガナ 氏 名	③ 生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 9.令和
	④ 個人番号	⑤ 喪失年月日 死亡、退職日の翌日	9.令和 年 月 日	⑥ 喪失原因	4. 退職・契約終了等 令和 年 月 日 5. 死亡 令和 年 月 日 6. 75 歳到達 7. 船員保険へ 8. その他
	⑦ 備考	該当する項目があれば○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失			⑧ 保険証回収

被保険者4	① 被保険者整理番号	② 氏名	フリガナ 氏 名	③ 生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 9.令和
	④ 個人番号	⑤ 喪失年月日 死亡、退職日の翌日	9.令和 年 月 日	⑥ 喪失原因	4. 退職・契約終了等 令和 年 月 日 5. 死亡 令和 年 月 日 6. 75 歳到達 7. 船員保険へ 8. その他
	⑦ 備考	該当する項目があれば○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失			⑧ 保険証回収