

喪失届

健康保険 被保険者資格喪失届

常務理事	事務長	担当者

年 月 日提出

事業所番号

押印省略できません。  
数字は右詰で記入してください。

受付印

提出者記入欄

事業所所在地  
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 保険証の番号		② 氏名	フリガナ	③ 生年月日	昭和 平成	年	月	日						
④ 喪失日	平成 令和	年	月	日	⑤ 退職等年月日	平成 令和	年	月	日	⑥ 喪失の原因	退職・死亡 75歳到達 障害認定 転籍・その他	⑦ 保険証回収枚数	本人 家族 合計	枚 枚 枚
⑧ 住所	〒 - 郵便番号必須、退職後も連絡がつく住所を都道府県から入力してください。							⑨ 電話番号	自宅	-	-	携帯	-	-
⑩ 備考	下記に該当する場合は○をつけてください 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 [ ]													

被保険者2

① 保険証の番号		② 氏名	フリガナ	③ 生年月日	昭和 平成	年	月	日						
④ 喪失日	平成 令和	年	月	日	⑤ 退職等年月日	平成 令和	年	月	日	⑥ 喪失の原因	退職・死亡 75歳到達 障害認定 転籍・その他	⑦ 保険証回収枚数	本人 家族 合計	枚 枚 枚
⑧ 住所	〒 - 郵便番号必須、退職後も連絡がつく住所を都道府県から入力してください。							⑨ 電話番号	自宅	-	-	携帯	-	-
⑩ 備考	下記に該当する場合は○をつけてください 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 [ ]													

被保険者3

① 保険証の番号		② 氏名	フリガナ	③ 生年月日	昭和 平成	年	月	日						
④ 喪失日	平成 令和	年	月	日	⑤ 退職等年月日	平成 令和	年	月	日	⑥ 喪失の原因	退職・死亡 75歳到達 障害認定 転籍・その他	⑦ 保険証回収枚数	本人 家族 合計	枚 枚 枚
⑧ 住所	〒 - 郵便番号必須、退職後も連絡がつく住所を都道府県から入力してください。							⑨ 電話番号	自宅	-	-	携帯	-	-
⑩ 備考	下記に該当する場合は○をつけてください 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 [ ]													

被保険者4

① 保険証の番号		② 氏名	フリガナ	③ 生年月日	昭和 平成	年	月	日						
④ 喪失日	平成 令和	年	月	日	⑤ 退職等年月日	平成 令和	年	月	日	⑥ 喪失の原因	退職・死亡 75歳到達 障害認定 転籍・その他	⑦ 保険証回収枚数	本人 家族 合計	枚 枚 枚
⑧ 住所	〒 - 郵便番号必須、退職後も連絡がつく住所を都道府県から入力してください。							⑨ 電話番号	自宅	-	-	携帯	-	-
⑩ 備考	下記に該当する場合は○をつけてください 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 [ ]													