

# 記入例

## 健康保険 被保険者資格喪失届

常務理事	事務長	当務者

記号		〇〇		(資格喪失月が異なる場合は、届出用紙を分けて下さい)				
1	番号	〇〇〇〇	(フリガナ) 氏名	ケンコウ タロウ		生年月日	年 月 日	
	標準報酬月額	280	千円	資格喪失日	令和 5 年 12 月 1 日	喪失理由	令和 5 年 12 月 1 日	
	保険証の添付	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	喪失証明書	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> 異動 ( ) ( △△△株式会社 ) ※異動先事業所を記載して下さい		
2	番号		(フリガナ) 氏名	・ 異動の場合...異動日 ・ 退職の場合...退職日翌日 ・ 再雇用の場合...再雇用開始日 ・ 後期高齢者医療該当の場合...75歳誕生日 ・ 死亡の場合...死亡日翌日		生年月日	年 月 日	
	標準報酬月額		千円	資格喪失日	令和 年 月 日	喪失理由	令和 年 月 日	
	保険証の添付	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	喪失証明書	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 異動 ( ) ( ) ※異動先事業所を記載して下さい		
3	番号		(フリガナ) 氏名			生年月日	年 月 日	
	標準報酬月額		千円	資格喪失日	令和 年 月 日	喪失理由	令和 年 月 日	
	保険証の添付	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	喪失証明書	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 異動 ( ) ( ) ※異動先事業所を記載して下さい		
4	番号		(フリガナ) 氏名			生年月日	年 月 日	
	標準報酬月額		千円	資格喪失日	令和 年 月 日	喪失理由	令和 年 月 日	
	保険証の添付	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	喪失証明書	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 異動 ( ) ( ) ※異動先事業所を記載して下さい		
5	番号		(フリガナ) 氏名			生年月日	年 月 日	
	標準報酬月額		千円	資格喪失日	令和 年 月 日	喪失理由	令和 年 月 日	
	保険証の添付	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	喪失証明書	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 異動 ( ) ( ) ※異動先事業所を記載して下さい		
事業所	所在地	東京都千代田区大手町〇-〇-〇				令和 5 年 12 月 1 日	入力チェック	健保受付印
	名称	△△△株式会社						
	事業主氏名	□□□ □□□						