

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) (令和6年12月1日以前に発行の保険証がある場合は返却をお願いします)					
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 6 年 12 月 1 日	喪失理由	令和 6 年 12 月 1 日	<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	
	資格確認書(健康保険証)の回収	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ※発行している場合	喪失証明書	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 否				
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	<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	
	資格確認書(健康保険証)の回収	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ※発行している場合	喪失証明書	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 否				
3	下記のいずれかを保有している場合は回収が必要です ・ 2024年12月1日以前に発行された健康保険証 ・ 有効な資格確認書				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	<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	
	資格確認書(健康保険証)の回収	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ※発行している場合	喪失証明書	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 否				
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	<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	
	資格確認書(健康保険証)の回収	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ※発行している場合	喪失証明書	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 否				
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	<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	
	資格確認書(健康保険証)の回収	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ※発行している場合	喪失証明書	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 否				
事業所	所在地	東京都千代田区大手町〇-〇-〇				令和 6 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	□□□ □□□				印		