

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) (資格確認書をお持ちの場合は、ご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					
				健康 太郎					平成	8	6	30				
	標準報酬月額	280	千円	資格喪失日	令和	5	12	1	喪失理由	令和 5 年 12 月 1 日 ☐ 退職 ☐ 死亡 ☐ 再雇用 ☐ その他 ☒ 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 返 却	☒ 有 ・ ☐ 無	喪失証明書	☐ 要 ・ ☒ 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	
													令和	年	月	日
	標準報酬月額		千円	資格喪失日	令和				喪失理由	☐ 退職 ☐ 死亡 ☐ 再雇用 ☐ その他 ☐ 異動 () () ※異動先事業所を記載して下さい						
	資格確認書 返 却	☐ 有 ・ ☐ 無	喪失証明書	☐ 要 ・ ☐ 否												
3	番 号		(フリガナ) 氏 名									生年月日	年	月	日	
													令和	年	月	日
	標準報酬月額		千円	資格喪失日	令和				喪失理由	☐ 退職 ☐ 死亡 ☐ 再雇用 ☐ その他 ☐ 異動 () () ※異動先事業所を記載して下さい						
	資格確認書 返 却	☐ 有 ・ ☐ 無	喪失証明書	☐ 要 ・ ☐ 否												
4	番 号		(フリガナ) 氏 名									生年月日	年	月	日	
													令和	年	月	日
	標準報酬月額		千円	資格喪失日	令和				喪失理由	☐ 退職 ☐ 死亡 ☐ 再雇用 ☐ その他 ☐ 異動 () () ※異動先事業所を記載して下さい						
	資格確認書 返 却	☐ 有 ・ ☐ 無	喪失証明書	☐ 要 ・ ☐ 否												
5	番 号		(フリガナ) 氏 名									生年月日	年	月	日	
													令和	年	月	日
	標準報酬月額		千円	資格喪失日	令和				喪失理由	☐ 退職 ☐ 死亡 ☐ 再雇用 ☐ その他 ☐ 異動 () () ※異動先事業所を記載して下さい						
	資格確認書 返 却	☐ 有 ・ ☐ 無	喪失証明書	☐ 要 ・ ☐ 否												
事業所	所在地	令和 5 年 12 月 1 日 東京都千代田区大手町〇-〇-〇										入力チェック		健保受付印		
	名 称	△△△株式会社														
	事業主 氏 名	□□□ □□□														