| 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 |
|---|---|---|
| | | |

令和７年５月１０日　提出

**提出者記入欄**

| | |
|---|---|
| 事業所整理記号 | 2 1 0 |
| 事業所所在地 | 届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。<br>〒　１０１　－　００６３<br>東京都千代田区神田淡路町二丁目１０１番地　ワテラスタワー１１階 |
| 事業所名称 | ○○　○○株式会社 |
| 事業主氏名 | 代表取締役社長　○○　○○ |
| 電話番号 | ○○　（　○○○○　）　○○○○ |

事業主印

受付印

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 | 777 | ② 氏名 | （フリガナ）オカダ<br>（氏）岡田 | ジロウ<br>（名）一郎 | ③ 生年月日 | 5.昭和 7.平成 | 3 5 1 2 1 1 |
| ④ 喪失年月日 | 9.令和 | 0 1 0 5 1 0 | ⑤ 喪失（不該当）原因 | 4. 退職等（令和１年５月９日退職等）<br>5. 死亡　（平成　年　月　日<br>7. 75歳到達（健康保険のみ喪失）<br>9. 障害認定（健康保険のみ喪失） | ⑥ 扶養有無 | 有 無 | 資格確認書回収<br>添付　1　枚<br>返不能　　枚 |
| ⑦ 住所 | 〒101-0063<br>東京都千代田区神田淡路町○丁目△番地 | | | | ⑧ 備考 | | |

**被保険者2**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ① 被保険者整理番号 | | ② 氏名 | （フリガナ）<br>（氏） | （名） | ③ 生年月日 | 5.昭和 7.平成 | |
| ④ 喪失年月日 | 9.令和 | | ⑤ 喪失（不該当）原因 | 4. 退職等（平成　年　月　日退職等<br>5. 死亡　（平成　年　月　日<br>7. 75歳到達（健康保険のみ喪失）<br>9. 障害認定（健康保険のみ喪失） | ⑥ 扶養有無 | 有 無 | 資格確認書回収<br>添付　　枚<br>返不能　　枚 |
| ⑦ 住所 | 〒　　- | | | | ⑧ 備考 | | |

**被保険者3**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ① 被保険者整理番号 | | ② 氏名 | （フリガナ）<br>（氏） | （名） | ③ 生年月日 | 5.昭和 7.平成 | |
| ④ 喪失年月日 | 9.令和 | | ⑤ 喪失（不該当）原因 | 4. 退職等（平成　年　月　日退職等<br>5. 死亡　（平成　年　月　日<br>7. 75歳到達（健康保険のみ喪失）<br>9. 障害認定（健康保険のみ喪失） | ⑥ 扶養有無 | 有 無 | 資格確認書回収<br>添付　　枚<br>返不能　　枚 |
| ⑦ 住所 | 〒　　- | | | | ⑧ 備考 | | |

**被保険者4**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ① 被保険者整理番号 | | ② 氏名 | （フリガナ）<br>（氏） | （名） | ③ 生年月日 | 5.昭和 7.平成 | |
| ④ 喪失年月日 | 9.令和 | | ⑤ 喪失（不該当）原因 | 4. 退職等（平成　年　月　日退職等<br>5. 死亡　（平成　年　月　日<br>7. 75歳到達（健康保険のみ喪失）<br>9. 障害認定（健康保険のみ喪失） | ⑥ 扶養有無 | 有 無 | 資格確認書回収<br>添付　　枚<br>返不能　　枚 |
| ⑦ 住所 | 〒　　- | | | | ⑧ 備考 | | |