

年金委員等の検印

常務理事	事務局長	課長	課長補佐	主任	係員

健康保険被保険者資格喪失届 (保険をやめるとき)

健康保険被保険者証を添付してください。

正

◎記入の方法、記載例をよく読んでください。
※印刷欄は記入しないでください。

届書コード	処理区分	届書	① 健康保険被保険者証の記号 (年金整理記号)
201※			※

② 健康保険被保険者証の番号 (年金整理番号)	⑦ 被保険者の氏名	③ 生年月日	① 種別 (性別)	⑧ 基礎年金番号	④ 資格喪失年月日 1. 退職または死亡の日の翌日 2. 70歳の誕生日の前日 3. 75歳の誕生日の当日	⑤ 資格喪失原因	⑨ 標準報酬月額	⑩ 被保険者証(被保険者用)回収区分	⑪ 被扶養者の有無	⑫ ※ 被扶養者番号	⑬ ※ 被保険者証(被扶養者用)回収区分	⑭ ※ 作成原因	⑮ 備考	
	(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7	1 5 2 6 3 7		令和 年 月 日	その他4 死亡5 70歳到達6 75歳到達7 障害認定8	健 千円 年 千円	添付1 返不能2 減失3	無 有 (人)	添付1 添付1 添付1 添付1 添付1	返不能2 返不能2 返不能2 返不能2 返不能2	減失3 減失3 減失3 減失3 減失3	送信	退職年月日 年 月 日
	(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7	1 5 2 6 3 7		令和 年 月 日	その他4 死亡5 70歳到達6 75歳到達7 障害認定8	健 千円 年 千円	添付1 返不能2 減失3	無 有 (人)	添付1 添付1 添付1 添付1 添付1	返不能2 返不能2 返不能2 返不能2 返不能2	減失3 減失3 減失3 減失3 減失3	送信	退職年月日 年 月 日
	(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7	1 5 2 6 3 7		令和 年 月 日	その他4 死亡5 70歳到達6 75歳到達7 障害認定8	健 千円 年 千円	添付1 返不能2 減失3	無 有 (人)	添付1 添付1 添付1 添付1 添付1	返不能2 返不能2 返不能2 返不能2 返不能2	減失3 減失3 減失3 減失3 減失3	送信	退職年月日 年 月 日
	(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7	1 5 2 6 3 7		令和 年 月 日	その他4 死亡5 70歳到達6 75歳到達7 障害認定8	健 千円 年 千円	添付1 返不能2 減失3	無 有 (人)	添付1 添付1 添付1 添付1 添付1	返不能2 返不能2 返不能2 返不能2 返不能2	減失3 減失3 減失3 減失3 減失3	送信	退職年月日 年 月 日
	(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7	1 5 2 6 3 7		令和 年 月 日	その他4 死亡5 70歳到達6 75歳到達7 障害認定8	健 千円 年 千円	添付1 返不能2 減失3	無 有 (人)	添付1 添付1 添付1 添付1 添付1	返不能2 返不能2 返不能2 返不能2 返不能2	減失3 減失3 減失3 減失3 減失3	送信	退職年月日 年 月 日

事業所所在地	〒	—			
事業所名称					
事業主氏名	(印)				
電話番号	(局)	番	(印)	

年 月 日提出	確認日付印	受付日付印
社会保険労務士の提出代行者印		
(印)		

健康保険被保険者資格喪失確認通知書

Table with columns for 届書コード, 処理区分, 健康保険被保険者証の記号, 健康保険被保険者証の番号, 被保険者の氏名, 生年月日, 種別, 基礎年金番号, 資格喪失年月日, 資格喪失原因, 標準報酬月額, 被保険者証(被保険者用)回収区分, 被扶養者有無, 被扶養者番号, 被保険者証(被扶養者用)回収区分, 備考.

事業所所在地, 事業所名称, 事業主氏名, 電話 (局) 番

年 月 日 提出された被保険者資格喪失届にもとづき、うえのとおり資格喪失が確認されたので通知します。 年 月 日

税務会計監査事務所健康保険組合理事長

この通知書の記載事項に不備があるときは、審査請求をすることができます。また、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときは、その旨を当組合へ連絡してください。