

事業所記号

常務理事	課長	課長代理	主任	担当

健康保険被保険者資格喪失届

被保険者証番号	被保険者氏名	生年月日(和暦)	性別	(IHI・関係会社への移籍退職の場合) 移籍先の会社名	資格喪失年月日(和暦) (退職日または死亡日の翌日)	資格喪失原因	標準報酬月額	被保険者証 回収区分	備考
			男			退職 死亡 移籍 嘱託 その他	千円 	添付	
			女					減失	
								返遅延	
			男			退職 死亡 移籍 嘱託 その他	千円 	添付	
			女					減失	
								返遅延	
			男			退職 死亡 移籍 嘱託 その他	千円 	添付	
			女					減失	
								返遅延	
			男			退職 死亡 移籍 嘱託 その他	千円 	添付	
			女					減失	
								返遅延	
			男			退職 死亡 移籍 嘱託 その他	千円 	添付	
			女					減失	
								返遅延	

※ 記入の方法は、記入例を確認してください。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

受付日付印

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者印

項目名	注意事項
「事業所記号」	納入告知書に記載されている事業所記号を右づめで記入すること。
「被保険者証番号」	被保険者証に記載の番号を記入すること。
「被保険者氏名」	戸籍上の氏名を「かい書」で記入すること。
「生年月日」	戸籍上の生年月日を和暦で正確に記入すること。
「性別」	戸籍上の性別の該当するものを選択すること。
「移籍先の会社名」	ＩＨＩまたはＩＨＩの関係会社へ移籍退職および嘱託再雇用になったときは、移籍先等の会社名を記入すること。
「資格喪失年月日」	被保険者が退職した日の翌日または死亡した日の翌日の年月日を記入すること。 この届出は、資格喪失の日から5日以内に提出すること。
「資格喪失原因」	資格喪失理由の該当するものを選択すること。 「その他」は後期高齢者医療制度加入（75歳以上および65~74歳で一定の障害があると認定された人）の場合に選択すること。
「標準報酬月額」	被保険者がその資格を喪失する日現在の健康保険の標準報酬月額を記入すること。 なお、4桁に満たない場合は、前に0を記入して4桁にすること。
「被保険者証回収区分」	この届出に被保険者および被扶養者の「被保険者証」を添付したときは「添付」を、 「健康保険被保険者証滅失届」を添付したときは「滅失」を、 「被保険者証」の返納が遅れるときは「仮遅延」を選択すること。

（この届出に添付して提出する書類）

1. 「健康保険被保険者証」
2. 健康保険被保険者証を紛失して添付できないときは「健康保険被保険者証滅失届」
3. 該当者のみ「特定疾病療養受療証」「限度額適用認定証」「高齢受給者証」