

健康保険 被保険者資格喪失届

Table with columns: 常務理事, 事務局長, 部長, 課長, 課長補佐, 担当者

Table with columns: 様式コード, 2, 2, 0, 1

年 月 日提出

提出者記入欄: 事業所整理記号, 事業所所在地, 事業所名称, 事業主氏名, 電話番号

健康保険の記号

社会保険労務士記載欄: 氏名等

被保険者 1: ①健康保険被保険者証の番号, ②氏名, ③生年月日, ④個人番号, ⑤喪失年月日, ⑥喪失(不該当)原因, ⑦備考, ⑧標準報酬月額, ⑨70歳不該当

被保険者 2: ①健康保険被保険者証の番号, ②氏名, ③生年月日, ④個人番号, ⑤喪失年月日, ⑥喪失(不該当)原因, ⑦備考, ⑧標準報酬月額, ⑨70歳不該当

被保険者 3: ①健康保険被保険者証の番号, ②氏名, ③生年月日, ④個人番号, ⑤喪失年月日, ⑥喪失(不該当)原因, ⑦備考, ⑧標準報酬月額, ⑨70歳不該当

被保険者 4: ①健康保険被保険者証の番号, ②氏名, ③生年月日, ④個人番号, ⑤喪失年月日, ⑥喪失(不該当)原因, ⑦備考, ⑧標準報酬月額, ⑨70歳不該当

受付印

健康保険 被保険者資格喪失確認通知書

様式コード

2 2 0 1

年 月 日提出

| | | | |
|---------|-----|-------|--|
| 事業所整理記号 | — | 事業所番号 | |
| 事業所所在地 | 〒 — | | |
| 事業所名称 | | | |
| 事業主氏名 | | | |
| 電話番号 | () | | |

健康保険の記号

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

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------------|---|---------------|---------|-------|--------------------------|---------|------------|---|
| 被 保 険 者 1 | ①健康保険被保険者証の番号 | ②氏名 | (フリガナ) (氏) | ③生年月日 | 5. 昭和 | 年 | 月 | 日 | 7. 平成 |
| | 年金整理番号 | | | | | | | | |
| | ④個人番号 (基礎年金番号) | | ⑤喪失年月日 | 9. 令和 | 年 | 月 | 日 | ⑥喪失(不該当)原因 | 4. 退職等 (年 月 日退職等) 5. 死亡 (年 月 日死亡) 7. 75歳到達 (健康保険のみ喪失) 9. 障害認定 (健康保険のみ喪失) 11. 社会保障協定 |
| | ⑦備考 | 該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 () | | ⑧標準報酬月額 | 保険証回収 | 添付 枚 枚中 減失 枚 返不能 枚 | ⑨70歳不該当 | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------------|---|---------------|---------|-------|--------------------------|---------|------------|---|
| 被 保 険 者 2 | ①健康保険被保険者証の番号 | ②氏名 | (フリガナ) (氏) | ③生年月日 | 5. 昭和 | 年 | 月 | 日 | 7. 平成 |
| | 年金整理番号 | | | | | | | | |
| | ④個人番号 (基礎年金番号) | | ⑤喪失年月日 | 9. 令和 | 年 | 月 | 日 | ⑥喪失(不該当)原因 | 4. 退職等 (年 月 日退職等) 5. 死亡 (年 月 日死亡) 7. 75歳到達 (健康保険のみ喪失) 9. 障害認定 (健康保険のみ喪失) 11. 社会保障協定 |
| | ⑦備考 | 該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 () | | ⑧標準報酬月額 | 保険証回収 | 添付 枚 枚中 減失 枚 返不能 枚 | ⑨70歳不該当 | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------------|---|---------------|---------|-------|--------------------------|---------|------------|---|
| 被 保 険 者 3 | ①健康保険被保険者証の番号 | ②氏名 | (フリガナ) (氏) | ③生年月日 | 5. 昭和 | 年 | 月 | 日 | 7. 平成 |
| | 年金整理番号 | | | | | | | | |
| | ④個人番号 (基礎年金番号) | | ⑤喪失年月日 | 9. 令和 | 年 | 月 | 日 | ⑥喪失(不該当)原因 | 4. 退職等 (年 月 日退職等) 5. 死亡 (年 月 日死亡) 7. 75歳到達 (健康保険のみ喪失) 9. 障害認定 (健康保険のみ喪失) 11. 社会保障協定 |
| | ⑦備考 | 該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 () | | ⑧標準報酬月額 | 保険証回収 | 添付 枚 枚中 減失 枚 返不能 枚 | ⑨70歳不該当 | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------------|---|---------------|---------|-------|--------------------------|---------|------------|---|
| 被 保 険 者 4 | ①健康保険被保険者証の番号 | ②氏名 | (フリガナ) (氏) | ③生年月日 | 5. 昭和 | 年 | 月 | 日 | 7. 平成 |
| | 年金整理番号 | | | | | | | | |
| | ④個人番号 (基礎年金番号) | | ⑤喪失年月日 | 9. 令和 | 年 | 月 | 日 | ⑥喪失(不該当)原因 | 4. 退職等 (年 月 日退職等) 5. 死亡 (年 月 日死亡) 7. 75歳到達 (健康保険のみ喪失) 9. 障害認定 (健康保険のみ喪失) 11. 社会保障協定 |
| | ⑦備考 | 該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 () | | ⑧標準報酬月額 | 保険証回収 | 添付 枚 枚中 減失 枚 返不能 枚 | ⑨70歳不該当 | | |

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。

この書類の保険料は 月分で計算いたします

令和 年 月 日

東京金属事業健康保険組合理事長

この通知書を受け取りましたら、すみやかに確認された事項をそれぞれの被保険者に通知してください。
なお、被保険者の住所が明らかでないため通知できないときは、その旨を当組合へ連絡してください。
この通知書は完結となった日から起算して2年間は、事業主が保存してください。

この通知書でわからないことがあるときは当組合へお尋ねください。この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3ヶ月以内に文書又は口頭で社会保険審査官（地方厚生（支）局内）に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。

再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2ヵ月以内に文書又は口頭で社会保険審査会（厚生労働省内）に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6ヶ月以内（再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6ヶ月以内）に、健康保険組合を被告として提起することができます。（ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。）

なお、審査請求があった日から2ヵ月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても提起することができます。