

健康保険 被保険者資格喪失届

常務理事	事務(局)長	部長	課長	課長補佐	担当者

様式コード
2 2 0 1

喪失取消届

年 月 日提出

提出者記入欄

事業所整理記号	-	事業所番号	
事業所所在地	〒 東京都千代田区岩本町1-11-11		
事業所名称	株式会社 東金製作所		
事業主氏名	東金 太助		
電話番号	03	(3866)	2865

健康保険の記号

1234

喪失取消届と標記してください

被保険者欄を全て赤字で標記してください

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	56	②氏名	(フリガナ) トウキン (氏) 東金 (名) タロウ 太郎	③生年月日	昭和 05 平成 05 12 21	
④個人番号 (基礎年金番号)	(厚生年金保険分のみご記入ください)		⑤喪失年月日	7.平成 01 9.令和 08 25	⑥喪失(不該当)原因	4.退職等 (1 年 8 月 24 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)
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	340 千円	⑨	(厚生年金保険分のみご記入ください)

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) (名) 年	③生年月日	昭和 平成	
④個人番号 (基礎年金番号)	(厚生年金保険分のみご記入ください)		⑤喪失年月日	7.平成 9.令和	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)
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	千円	⑨	(厚生年金保険分のみご記入ください)

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) (名) 年	③生年月日	昭和 平成	
④個人番号 (基礎年金番号)	(厚生年金保険分のみご記入ください)		⑤喪失年月日	7.平成 9.令和	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)
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	千円	⑨	(厚生年金保険分のみご記入ください)

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) (名) 年	③生年月日	昭和 平成	
④個人番号 (基礎年金番号)	(厚生年金保険分のみご記入ください)		⑤喪失年月日	7.平成 9.令和	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)
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	千円	⑨	(厚生年金保険分のみご記入ください)