

| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 扱者 |
|------|-----|----|----|
|      |     |    |    |

令和 年 月 日提出

|        |        |                                  |
|--------|--------|----------------------------------|
| 提出者記入欄 | 事業所記号  |                                  |
|        | 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>〒 - |
|        | 事業所名称  |                                  |
|        | 事業主氏名  |                                  |
|        | 電話番号   | ( )                              |

|     |
|-----|
| 受付印 |
|-----|

|            |
|------------|
| 社会保険労務士記載欄 |
| 氏名等        |

|       |          |   |                     |        |                          |        |   |   |
|-------|----------|---|---------------------|--------|--------------------------|--------|---|---|
| 被保険者1 | ① 保険証の番号 |   | ② 氏名 (フリガナ) (氏) (名) | ③ 生年月日 | 5. 昭和<br>7. 平成<br>9. 令和  | 年      | 月   | 日 |
|       | ④ 喪失年月日  | 9 令和  | 年 月 日               | 保険証回収  | 1. 添付<br>2. 返不能<br>3. 減失 | ⑤ 喪失原因 | 4. 退職等 (令和 年 月 日退職等)<br>5. 死亡 (令和 年 月 日死亡)<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 備考     | 該当する項目を○で囲んでください。<br>1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他<br>2. 退職後の継続再雇用者の喪失 [ ] |                     |        |                          |        |   |   |

|       |          |   |                     |        |                          |        |   |   |
|-------|----------|---|---------------------|--------|--------------------------|--------|---|---|
| 被保険者2 | ① 保険証の番号 |   | ② 氏名 (フリガナ) (氏) (名) | ③ 生年月日 | 5. 昭和<br>7. 平成<br>9. 令和  | 年      | 月   | 日 |
|       | ④ 喪失年月日  | 9 令和  | 年 月 日               | 保険証回収  | 1. 添付<br>2. 返不能<br>3. 減失 | ⑤ 喪失原因 | 4. 退職等 (令和 年 月 日退職等)<br>5. 死亡 (令和 年 月 日死亡)<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 備考     | 該当する項目を○で囲んでください。<br>1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他<br>2. 退職後の継続再雇用者の喪失 [ ] |                     |        |                          |        |   |   |

|       |          |   |                     |        |                          |        |   |   |
|-------|----------|---|---------------------|--------|--------------------------|--------|---|---|
| 被保険者3 | ① 保険証の番号 |   | ② 氏名 (フリガナ) (氏) (名) | ③ 生年月日 | 5. 昭和<br>7. 平成<br>9. 令和  | 年      | 月   | 日 |
|       | ④ 喪失年月日  | 9 令和  | 年 月 日               | 保険証回収  | 1. 添付<br>2. 返不能<br>3. 減失 | ⑤ 喪失原因 | 4. 退職等 (令和 年 月 日退職等)<br>5. 死亡 (令和 年 月 日死亡)<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 備考     | 該当する項目を○で囲んでください。<br>1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他<br>2. 退職後の継続再雇用者の喪失 [ ] |                     |        |                          |        |   |   |

|       |          |   |                     |        |                          |        |   |   |
|-------|----------|---|---------------------|--------|--------------------------|--------|---|---|
| 被保険者4 | ① 保険証の番号 |   | ② 氏名 (フリガナ) (氏) (名) | ③ 生年月日 | 5. 昭和<br>7. 平成<br>9. 令和  | 年      | 月   | 日 |
|       | ④ 喪失年月日  | 9 令和  | 年 月 日               | 保険証回収  | 1. 添付<br>2. 返不能<br>3. 減失 | ⑤ 喪失原因 | 4. 退職等 (令和 年 月 日退職等)<br>5. 死亡 (令和 年 月 日死亡)<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 備考     | 該当する項目を○で囲んでください。<br>1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他<br>2. 退職後の継続再雇用者の喪失 [ ] |                     |        |                          |        |   |   |

この届書は、「従業員が退職した場合」、「60歳以上の方で退職後に継続して再雇用した場合」、「従業員が死亡した場合」、「従業員が75歳に到達した場合」、「障害認定を受け後期高齢者医療の資格を取得した場合」等にご提出いただくものです。

## 記入方法

提出者記入欄 : 事業所記号は、保険証の4桁の番号をご記入ください。

①保険証の番号 : 資格取得時に払い出された、保険証に記載のある被保険者番号を、必ずご記入ください。

②氏名 : 氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名をご記入ください。フリガナはカタカナで正確にご記入ください。

③生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照しご記入ください。

|        |          |   |   |    |
|--------|----------|---|---|----|
| 5<br>7 | 昭和<br>平成 | 年 | 月 | 日  |
| 6      | 3        | 0 | 5 | 03 |

④喪失年月日 : 下図を参照し、喪失年月日をご記入ください。

|                   |                              |
|-------------------|------------------------------|
| 退職等による資格喪失        | 退職日の翌日<br>転勤の当日<br>雇用契約変更の当日 |
| 死亡による資格喪失         | 死亡日の翌日                       |
| 75歳到達による健康保険の資格喪失 | 誕生日の当日                       |
| 障害認定による健康保険の資格喪失  | 認定日の当日                       |

⑤喪失原因 : 下図を参照し、該当する番号を○で囲んでください。退職・死亡の場合は、その当日の年月日を（ ）内にご記入ください。

|         |   |
|---------|---|
| 4.退職等   | 退職した場合、雇用契約の変更等により被保険者の適用対象外となった場合、退職後に継続して再雇用した場合  |
| 5.死亡    | 死亡した場合  |
| 7.75歳到達 | 75歳に到達したことで後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合           |
| 9.障害認定  | 65歳以上75歳未満の方で、障害認定により後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合 |

⑦備考 : 「1. 二以上事業所勤務者の喪失」は、2カ所以上の適用事業所で勤務している被保険者が喪失する場合に○で囲んでください。60歳以上の方で、退職した者が1日の空白もなく引き続き再雇用された場合、「2. 退職後の継続再雇用者の喪失」を○で囲み、この届書とあわせて『被保険者資格取得届』をご提出ください。  
転勤により資格喪失する場合は、「3. その他」を○で囲み、（ ）内に「〇〇年〇〇月〇〇日転勤」とご記入ください。  
「保険証回収」欄は、1. 添付、2. 返不能、3. 滅失、いずれかに○をつけてください。  
なお、返不能の場合は、『被保険者証回収不能届』を、滅失の場合は『被保険者証滅失届』をご提出ください。

## 添付書類

・健康保険被保険者証（本人および被扶養者分）

※健康保険被保険者証が回収できない場合は、『被保険者証回収不能届』をご提出ください。

※紛失してしまった場合は『被保険者証滅失届』をご提出ください。

・60歳以上の方で退職後の継続再雇用の場合

ア. 就業規則・退職辞令のコピー等退職日が確認できる書類および継続して再雇用されたことが確認できる雇用契約書のコピー

イ. 上記「ア」の書類が添付できない場合、事業主の証明書（退職日、再雇用日が記載され事業主印が押印されているもの）等

・「⑤喪失年月日」に記入した日付が届書の受付年月日から60日以上さかのぼる場合

退職月の賃金台帳および出勤簿のコピー、株主総会・取締役会等の議事録または役員変更登記の記載がある登記簿謄本のコピー等（役員の場合のみ）

## お知らせ

・保険料の負担は、資格喪失月の前月分までとなります。退職による資格喪失の場合、喪失日は退職日の翌日となるため、月末に退職した場合は退職月分の保険料まで控除する必要がありますのでご注意ください。