

健康保険 被保険者資格喪失届  
被保険者資格喪失確認通知書

|      |     |  |     |     |
|------|-----|--|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 |  | 担当者 | 担当者 |
|      |     |  |     |     |

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでよく読んでください。  
※「印欄」は記入しないでください。

| ①健康保険被保険者証の記号 |  | ②健康保険被保険者証の番号 |      | ③被保険者の氏名 | ④生年月日 | ⑤種別(性別) | ⑥資格喪失年月日 | ⑦資格喪失原因                         | ⑧標準報酬月額額 | ⑨被保険者証(被保険者用)回収区分 | ⑩被扶養者の有無 | ⑪被扶養者番号 | ⑫被保険者証(被扶養者用)回収区分 | ⑬作成原因 | ⑭備考 |   |    |
|---------------|--|---------------|------|----------|-------|---------|----------|---------------------------------|----------|-------------------|----------|---------|-------------------|-------|-----|---|----|
| 1             |  | 1234          | 健保太郎 | 明大昭平     | 1985  | 1       | 200401   | 1<br>2<br>3<br>4<br>5<br>6<br>7 | 240      | 1                 | 無        | 1       | 1                 | 1     | 1   | 1 | 送信 |
|               |  |               |      | 明大昭平     | 1985  | 1       |          | 4<br>5<br>6<br>7                |          | 1                 | 無        | 1       | 1                 | 1     | 1   | 1 | 送信 |
|               |  |               |      | 明大昭平     | 1985  | 1       |          | 4<br>5<br>6<br>7                |          | 1                 | 無        | 1       | 1                 | 1     | 1   | 1 | 送信 |
|               |  |               |      | 明大昭平     | 1985  | 1       |          | 4<br>5<br>6<br>7                |          | 1                 | 無        | 1       | 1                 | 1     | 1   | 1 | 送信 |
|               |  |               |      | 明大昭平     | 1985  | 1       |          | 4<br>5<br>6<br>7                |          | 1                 | 無        | 1       | 1                 | 1     | 1   | 1 | 送信 |

何れかに○を付けてください

平成 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地 〒 -

事業所名称

事業主氏名 ⑧

電話 ( 局)

平成 年 月 日に提出された被保険者資格喪失届に基づき  
うえのとおり資格喪失が確認されましたので通知します。

サカタインクス健康保健組合  
理事長 藤川和彦

【記入の方法】

- 1 ③の年号は、該当する文字を○印で囲むこと。生年月日は、たとえば、昭和32年2月7日生まれの場合は、

「

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 明 | 1 | 年 | 月 | 日 |   |   |   |
| 大 | 3 |   |   |   |   |   |   |
| 昭 | 5 | 3 | 2 | 0 | 2 | 0 | 7 |
| 平 | 7 |   |   |   |   |   |   |

のように記入すること。

」

- 2 ④は、被保険者が男子であるときは「1」を、女子であるときは「2」を○印で囲むこと。

- 3 ④は、健康保険法第36条の規定による資格喪失日の年月日（たとえば、退職又は死亡により資格を喪失したときは、退職又は死亡した日の翌日、75歳到達により後期高齢者医療の被保険者の資格を取得したことに伴い健康保険の被保険者の資格を喪失したときは、誕生日の当日）を記入すること。

資格喪失の年月日は、たとえば、平成2年5月1日の場合は、次のように記入すること。

「

|    |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|
| 平成 | 年 | 月 | 日 |   |   |
| 0  | 2 | 0 | 5 | 0 | 1 |

」

- 4 ⑤は、該当する文字を○印で囲むこと。

- 5 ㊦欄には健康保険の標準報酬月額を記入すること。

- 6 ⑥は、被保険者用の被保険者証をこの届書に添付する場合は「添付1」を、回収不能届を添付する場合は「返不能2」を、滅失届を添付する場合は「滅失3」を○印で囲むこと。

- 7 ⑦は、該当する文字を○印で囲むこと。なお、「有」の場合は、（ ）内に被扶養者の人数を記入すること。

- 8 ㊧は、健康保険の被保険者証の番号又は年金手帳の基礎年金番号の通知をまだ受けていないときは、その旨を記入し、厚生年金基金の加入員である被保険者であって被保険者の資格を取得した月にその資格を喪失した者については、「加入員の資格同月得喪」と記入すること。