

令和 元 年 6 月 1 日提出

提出者記入欄	健康保険被保険者証記号	1	2	3	4					
	厚生年金保険事業所整理記号				-					
	事業所所在地	〒 111 - 1111 東京都〇〇区〇〇町1-2-3								
	事業所名称	〇〇〇〇 株式会社								
事業主氏名	代表取締役社長 〇〇 〇〇〇									
電話番号	03 (1234) 5678									
社会保険労務士記載欄 氏名等										

被保険者1	① 被保険者整理番号	12	② 氏名	フリガナ 〇〇〇 〇〇 氏 〇〇〇 〇〇	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 0 2 1 2 0 1		
	④ 個人番号	/			⑤ 喪失年月日	9. 年 月 日 令和 0 1 0 6 0 1	⑥ 喪失原因	4. 退職等 令和 3 年 5 月 31 日退職等 5. 死亡 令和 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	標準報酬月額 厚 3 6 0 健康保険 千円 保険証回収 添付 3 枚 返不能 枚 減失 枚			⑧ 70歳不該当			

記入方法 | 記入例を参考に次の事項に注意のうえご記入ください。

- ① 被保険者整理番号 資格取得時に払い出された被保険者整理番号(保険証番号)をご記入ください。
- ② 氏名 住民票に登録されている氏名をご記入ください。(フリガナはカタカナでご記入ください。)
- ④ 個人番号 個人番号の記入は不要です。
- ⑤ 喪失年月日 次の喪失理由により、喪失年月日をご記入ください。
・退職等：退職日の翌日、転勤の当日、雇用契約変更の当日
・死亡：死亡日の翌日
・75歳到達により後期高齢者医療に該当：誕生日の当日
・65歳以上75歳未満で障害認定により後期高齢者医療に該当：認定日の当日
・社会保障協定により、被保険者資格を喪失する場合：社会保障協定発効の当日 相手国法令の適用となった日の翌日
- ⑥ 喪失原因 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ご記入ください。)
- ⑦ 備考 「保険証の回収」欄には、添付した保険証の枚数等をご記入ください。

添付書類

- 本人及び被扶養者すべての「健康保険被保険者証」
- 健康保険被保険者証が回収できないときは、「被保険者証回収不能届」
- 健康保険高齢受給者証が交付されているときは「健康保険高齢受給者証」