記入例｜資格喪失届　（年金機構への届出については、最上部の（健康保険）を二線で消して提出してください。）

令和　元　年　6　月　1　日提出

提出者記入欄		
健康保険被保険者記号	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	③ 生年月日	5.昭和 (7.平成) 9.令和	0 2 年	1 2 月	0 1 日
			氏　〇〇〇	名　〇〇					
④ 個人番号		⑤ 喪失年月日	9. 令和	0 1 年	0 6 月	0 1 日	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	1．二以上事業所勤務者の喪失　3．その他 2．退職後の継続雇用者の喪失　（　）	⑧ 標準報酬月額	健	3 6 千円 0	厚	3 6 千円 0	保険証･資格確認書 回収 添　付 3 枚 返不能 ＿＿ 枚 滅　失 ＿＿ 枚	⑨ 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	該当する番号を〇で囲んでください。（退職、死亡の場合は、その当日の年月日をご記入ください。）
⑧ 標準報酬月額	退職時の標準報酬月額をご記入ください。 「保険証･資格確認書 回収」欄には、添付した数をご記入ください。

添付書類

- 〇 本人及び被扶養者すべての「健康保険被保険者証」「健康保険資格確認書」
- 〇 健康保険被保険者証・健康保険資格確認書が回収できないときは、「被保険者証・資格確認書 回収不能届」
- 〇 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」