

《記入例》

健康保険資格喪失届

事業所 記号	24	①
住所	●●県●●市●●町●●丁目●●番地	
名称	株式会社 ●●●●●●	
事業主氏名	代表取締役 ●●● ●●●●	
電話番号	●●●●-●●●●-●●●● 印	

健保記入欄	常務理事	事務長	担当	担当

令和 年 月 日 提出

被保険者 番号	被保険者名	性別	生年月日	喪失(不該当)日	喪失(不該当)原因	資格確認書 保険証 回収	喪失日			
							事務処理日	年	月	日
8	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子	男 女	昭 年 月 日 平 3 4 6 令 5 8 16	令和 5 8 16	4. 退職等(令和 5 年 8 月 15 日退職等) 5. 死亡(令和 年 月 日死亡) 7. 75歳到達 9. 障害認定 10. その他()	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 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 3. その他()	添付 1 枚 返不能 枚	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
備考										
被保険者 番号	被保険者名	性別	生年月日	喪失(不該当)日	喪失(不該当)原因	資格確認書 保険証 回収	喪失日			
	(フリガナ)	男 女	昭 年 月 日 平 令	令和	4. 退職等(令和 年 月 日退職等) 5. 死亡(令和 年 月 日死亡) 7. 75歳到達 9. 障害認定 10. その他()	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 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 3. その他()	添付 枚 返不能 枚	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
備考										

5

- ① 事業主の情報をご記載ください。※ゴム印可
- ② 喪失する被保険者の情報をご記載ください。

※喪失日の記載について 退職・死亡の場合、退職・死亡日の翌日
75歳到達 → 到達日の当日
障害認定 → 認定日の当日

- ③ 被扶養者がいる場合は、被保険者と被扶養者、両方の保険証または資格確認書。※交付されている場合のみ
例：被保険者本人1枚、被扶養者(妻、子)2枚の場合、合計3枚

※グレー色の健保記入欄は、記載不要