

記入例 | 資格喪失届

提出者記入欄	被保険者証記号	〇〇〇〇	令和 〇 年 〇 月 〇 日提出	
	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	〇〇〇〇歯科医院		
	事業主氏名	〇〇 〇〇〇		
	電話番号	03 (1234) 5678		
* 事業主の押印は、署名（自筆）の場合は省略できます。				
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	〇〇	② 氏名	フリガナ 〇〇〇 〇〇〇 氏 〇〇〇 〇〇
	④ 喪失年月日 (退職日・死亡日の翌日)	7. 平成 9. 令和 〇 〇 〇 〇 〇 〇	⑤ 喪失原因	退職 死亡 その他
	⑦ 備考	退職日 死亡日 令和 〇 年 〇 月 〇 日		
	③ 生年月日	5昭和 7平成 〇 〇 〇 〇 〇 〇	⑥ 証回収区分	添付 1 枚 返不能 〇 枚 減失 〇 枚

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 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：退職日の翌日
・ 死亡：死亡日の翌日
・ その他：上記以外の場合等(雇用契約変更の当日) |
| ⑤ 喪失原因 | 該当する理由を○で囲んでください。 |
| ⑥ 証回収区分 | 「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。 |
| ⑦ 備考 | 退職、死亡の場合は、その当日の年月日をご記入ください。 |

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」