

令和 年 月 日提出

事業所整理記号 (厚生年金保険)		-	事業所記号 (健康保険)	
提出者記入欄	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。			
	事業所所在地	〒 -		
	事業所名称			
	事業主氏名			
電話番号	( )			

受付印

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	② 氏名 (氏)	(名)	③ 生 年 月 日	5 昭和	年	月	日	7 平成		
	④ 個人番号	※健保組合提出分への記入は不要です。			⑤ 喪失年月日	9 令和	年	月	日	⑥ 喪失(不該当)原因	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(健康保険のみ喪失) 9. 障害認定(健康保険のみ喪失)
	⑦ 保険証回収	被保険者証を添付してください。高齢受給者証・限度額適用認定証がある方は、あわせて回収してください。			添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚		被保険者証等の添付ができないときは、「健康保険被保険者証等添付(回収)不能届」が必要です。			備考	

被保険者 2	① 被保険者整理番号	② 氏名 (氏)	(名)	③ 生 年 月 日	5 昭和	年	月	日	7 平成		
	④ 個人番号	※健保組合提出分への記入は不要です。			⑤ 喪失年月日	9 令和	年	月	日	⑥ 喪失(不該当)原因	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(健康保険のみ喪失) 9. 障害認定(健康保険のみ喪失)
	⑦ 保険証回収	被保険者証を添付してください。高齢受給者証・限度額適用認定証がある方は、あわせて回収してください。			添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚		被保険者証等の添付ができないときは、「健康保険被保険者証等添付(回収)不能届」が必要です。			備考	

被保険者 3	① 被保険者整理番号	② 氏名 (氏)	(名)	③ 生 年 月 日	5 昭和	年	月	日	7 平成		
	④ 個人番号	※健保組合提出分への記入は不要です。			⑤ 喪失年月日	9 令和	年	月	日	⑥ 喪失(不該当)原因	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(健康保険のみ喪失) 9. 障害認定(健康保険のみ喪失)
	⑦ 保険証回収	被保険者証を添付してください。高齢受給者証・限度額適用認定証がある方は、あわせて回収してください。			添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚		被保険者証等の添付ができないときは、「健康保険被保険者証等添付(回収)不能届」が必要です。			備考	

被保険者 4	① 被保険者整理番号	② 氏名 (氏)	(名)	③ 生 年 月 日	5 昭和	年	月	日	7 平成		
	④ 個人番号	※健保組合提出分への記入は不要です。			⑤ 喪失年月日	9 令和	年	月	日	⑥ 喪失(不該当)原因	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(健康保険のみ喪失) 9. 障害認定(健康保険のみ喪失)
	⑦ 保険証回収	被保険者証を添付してください。高齢受給者証・限度額適用認定証がある方は、あわせて回収してください。			添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚		被保険者証等の添付ができないときは、「健康保険被保険者証等添付(回収)不能届」が必要です。			備考	

## 【記入方法】

提出者記入欄 : 事業所整理記号・事業所番号は下図を参照し、新規適用時または、名称・所在地変更時に付された記号・番号を記入してください。

事業所整理記号 (厚生年金保険)	01	—	ABC	事業所記号 (健康保険)	123
---------------------	----	---	-----	-----------------	-----

- 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、必ず記入してください。
- ②氏名 : 被保険者資格を喪失する方の氏名を記入してください。
- ③生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照し記入してください。

⑤昭和	6	3	0	5	0	3
7.平成						

- ④個人番号 : 本人確認を行ったうえで、個人番号を記入して下さい。基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳等に記載された10桁の番号を左詰めで記入して下さい。  
※健康保険組合提出分への記入は不要です。
- ⑤喪失年月日 : 下図を参照し、喪失年月日を記入してください。

退職等による資格喪失	退職日の翌日 転勤の当日 雇用契約の変更の当日
死亡による資格喪失	死亡日の翌日
75歳到達による健康保険の資格喪失	誕生日の当日
障害認定による健康保険の資格喪失	認定日の当日

- ⑥喪失(不該当)原因 : 下図を参照し、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( )内に記入してください。

4. 退職等	退職した場合、雇用契約の変更等により被保険者の適用対象外となった場合、退職後に継続して再雇用した場合
5. 死亡	死亡した場合
7. 75歳到達	75歳に到達したことで後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合
9. 障害認定	65歳以上75歳未満の方で、障害認定により後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合

- ⑦備考 : 必要に応じて記入してください。

※ 喪失する被保険者及び被扶養者の方の健康保険被保険証を添付の上、ご提出下さい。

(高齢受給者証や限度額適用認定証の交付を受けている場合はあわせて添付して下さい。)

※ 健康保険被保険証等が添付できない場合は、「被保険者証添付(回収)不能届」をあわせてご提出ください。