

(後期高齢者用) **健康保険被保険者資格喪失届**

令和 年 月 日提出

常務理事	事務局長	部 長	課 長	係 長	扱 者

提出者記載欄	健康保険の 記号					受付印
	事業所 所在地					
	事業所 名 称					
	事業主 氏 名					
	電話番号					社会保険労務士記載欄
						(印)

被保険者1	① 健康保険の 番号	② 氏名	(フリガナ) (氏)		(名)		③ 生年 月日	昭和	年	月	日	標準報酬 月額	千円		
	被保険者資格喪失日 ①75歳の誕生日 ②65歳～74歳で障害認定を受けた日	9. 令和	年	月	日	高齢受給 者証回収 区分	☐ 添 付 ☐ 返不能 ☐ 減 失 (高齢受給者証 減失届の添付が必要です)			備考	☐ 喪失証明書 交付希望 ☐ その他 ()				
	被保険者の住所 必ず記入してください	〒 (フリガナ) 都 道 府 県													

被保険者2	① 健康保険の 番号	② 氏名	③ 生年月日		昭和	年	月	日	標準報酬 月額	千円
	被保険者資格喪失日 ①75歳の誕生日 ②65歳～74歳で障害認定を受けた日	9. 令和	年	月	日	高齡受給者証回収区分 ☐ 添 付 ☐ 返不能 ☐ 減 失 (高齡受給者証 減失届の添付が必要です)		備考	☐ 喪失証明書 交付希望 ☐ その他 ()	
	被保険者の住所 必ず記入してください	〒 (フリガナ) 都 道 府 県								

被保険者3	① 健康保険の 番号	② 氏名	(フリガナ) (氏)		(名)		③ 生年 月日	昭和	年	月	日	標準報酬 月額	千円	
	被保険者資格喪失日 ①75歳の誕生日 ②65歳～74歳で障害認定を受けた日	9. 令和	年	月	日	高齢受給 者証回収 区分	☐ 添 付 ☐ 返不能 ☐ 減 失 (高齢受給者証 減失届の添付が必要です)			備考	☐ 喪失証明書 交付希望 ☐ その他 ()			
	被保険者の住所 必ず記入してください	〒 (フリガナ) 都 道 府 県												

被保険者4	健康保険の 番号	① 氏名	(フリガナ) (氏)		(名)		③ 生年 月日	昭和	年	月	日	標準報酬 月額	千円	
	被保険者資格喪失日 ①75歳の誕生日 ②65歳～74歳で障害認定を受けた日	9. 令和	年	月	日	高齢受給 者証回収 区分	☐ 添 付 ☐ 返不能 ☐ 減 失 (高齢受給者証 減失届の添付が必要です)	備考		☐ 喪失証明書 交付希望 ☐ その他 ()				
	被保険者の住所 必ず記入してください	〒 (フリガナ) 都 道 府 県												

◎この届出書は、資格喪失した日から5日以内に健保組合へ提出してください。電設工業健康保険組合
◎高齢受給者証を必ず添付してください。