

様式コード
2201

健康保険

被保険者資格喪失届

常務理事	事務長	担当者

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所証記号	事業所番号	
	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 被保険者証番号	② 氏名	(フリガナ) (氏) _____ (名) _____	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日
	④ 個人番号	⑤ 喪失年月日	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 備考	保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚		⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当 令和 年 月 日	

被保険者2	① 被保険者証番号	② 氏名	(フリガナ) (氏) _____ (名) _____	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日
	④ 個人番号	⑤ 喪失年月日	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 備考	保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚		⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当 令和 年 月 日	

被保険者3	① 被保険者証番号	② 氏名	(フリガナ) (氏) _____ (名) _____	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日
	④ 個人番号	⑤ 喪失年月日	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 備考	保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚		⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当 令和 年 月 日	

被保険者4	① 被保険者証番号	② 氏名	(フリガナ) (氏) _____ (名) _____	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日
	④ 個人番号	⑤ 喪失年月日	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 備考	保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚		⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当 令和 年 月 日	