

健康保険 被保険者資格喪失確認通知書

令和 年 月 日提出

下記のとおり資格喪失が確認されたので通知します。

提出者記入欄

健康保険 被保険者証記号 厚生年金保険 事業所整理記号		事業所 番 号	
事業所 所在地	〒 -		
事業所 名 称			
事業主 氏 名	様		
電話番号	()		

令和 年 月 日

健康保険組合理事長 印

社会保険労務士記載欄

氏 名 等

被保険者 1

① 健康 被保険者 整理番号	② (フリガナ) 氏 名 (氏) (名)	③ 生 年 月 日 5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日
④ 個人 番 号 [基礎年 金番号]	⑤ 喪 失 年 月 日 9. 令和 年 月 日	⑥ 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) 11. 社会保障協定
⑦ 備考 1. 二以上事業所勤務者の喪失 2. 退職後の継続雇用者の喪失 3. その他	⑧ 70 歳 不該当	標準報酬 月 額 健 千円 厚 千円 組 合 保 険 証 使 用 欄 回 収 区 分 1. 添付 2. 返不能 3. 減失

被保険者 2

① 健康 被保険者 整理番号	② (フリガナ) 氏 名 (氏) (名)	③ 生 年 月 日 5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日
④ 個人 番 号 [基礎年 金番号]	⑤ 喪 失 年 月 日 9. 令和 年 月 日	⑥ 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) 11. 社会保障協定
⑦ 備考 1. 二以上事業所勤務者の喪失 2. 退職後の継続雇用者の喪失 3. その他	⑧ 70 歳 不該当	標準報酬 月 額 健 千円 厚 千円 組 合 保 険 証 使 用 欄 回 収 区 分 1. 添付 2. 返不能 3. 減失

被保険者 3

① 健康 被保険者 整理番号	② (フリガナ) 氏 名 (氏) (名)	③ 生 年 月 日 5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日
④ 個人 番 号 [基礎年 金番号]	⑤ 喪 失 年 月 日 9. 令和 年 月 日	⑥ 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) 11. 社会保障協定
⑦ 備考 1. 二以上事業所勤務者の喪失 2. 退職後の継続雇用者の喪失 3. その他	⑧ 70 歳 不該当	標準報酬 月 額 健 千円 厚 千円 組 合 保 険 証 使 用 欄 回 収 区 分 1. 添付 2. 返不能 3. 減失

被保険者 4

① 健康 被保険者 整理番号	② (フリガナ) 氏 名 (氏) (名)	③ 生 年 月 日 5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日
④ 個人 番 号 [基礎年 金番号]	⑤ 喪 失 年 月 日 9. 令和 年 月 日	⑥ 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) 11. 社会保障協定
⑦ 備考 1. 二以上事業所勤務者の喪失 2. 退職後の継続雇用者の喪失 3. その他	⑧ 70 歳 不該当	標準報酬 月 額 健 千円 厚 千円 組 合 保 険 証 使 用 欄 回 収 区 分 1. 添付 2. 返不能 3. 減失

ア この通知書のことでわからないことがあるときは当組合へお尋ねください。
イ この決定に不服があるときは、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官（地方厚生(支)局内）に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は決定の取消しの訴えを提起することができます。
再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会（厚生労働省内）に対して行うことができ、決定の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内（再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内）に、健康保険組合を被告として提起することができます。（ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。）
なお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、決定の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくとも提起することができます。
ウ この通知書を受け取ったら、すみやかに確認された事項を、それぞれの被保険者に通知しなければなりません。
また、被保険者の住所が明らかでないため通知ができないときは、その旨当組合へご連絡ください。

記入方法

提出者記入欄

：事業所整理記号等は下図を参照し、新規適用時または名称・所在地変更時に付された記号・番号をご記入ください。
事業主の押印は、署名（自筆）の場合は必要ありません。

健康保険 被保険者証記号	1	2	3	4	5	6	7	8	9
厚生年金保険 事業所整理記号			0	1	-	イ	ロ	ハ	
事業所 番号	5	6	7	8	9				

①被保険者整理番号：資格取得時に払い出しされた被保険者整理番号を、必ずご記入ください。

②氏名：氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名をご記入ください。フリガナはカタカナで正確にご記入ください。

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ご記入ください。

年	月	日
⑤昭和 7.平成	6	3
	0	5
	0	3

④個人番号（基礎年金番号）：本人確認を行ったうえで、個人番号をご記入ください。基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳等に記載されている10桁の番号を左詰めでご記入ください。健康保険組合への届出については、不要です。

⑤喪失年月日：下図を参照し、喪失年月日をご記入ください。

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（ ）内にご記入ください。

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：「1. 二以上事業所勤務者の喪失」は、2カ所以上の適用事業所で勤務している被保険者が喪失する場合に○で囲んでください。

60歳以上の者で、退職した者が1日の空白もなく引き続き再雇用された場合、「2. 退職後の継続再雇用者の喪失」を○で囲み、この届書とあわせて『被保険者資格取得届』をご提出ください。
転勤により資格喪失する場合は、「3. その他」を○で囲み、（ ）内に「〇〇年〇〇月〇〇日転勤」とご記入ください。

厚生年金基金の加入員である被保険者であって被保険者の資格を取得した月にその資格を喪失した者については、「3. その他」を○で囲み、（ ）内に「加入員の資格同月得喪」とご記入ください。

「保険証回収」欄は、回収した枚数を「添付」、回収できなかった枚数を「返不能」にご記入ください。
なお、返不能の場合は、『被保険者証回収不能届』をご提出ください。

⑧70歳不該当：70歳以上の方で資格喪失理由が退職・死亡である場合は、「□70歳以上被用者不該当」にチェックを入れてください。
また、「不該当年月日」に退職または死亡した当日の年月日をご記入ください。
在職中に70歳に到達された方の厚生年金保険被保険者資格喪失届は、この用紙ではなく『70歳到達届』をご提出ください。

添付書類

・健康保険被保険者証（本人および被扶養者分）

※健康保険被保険者証が回収できない場合は、『被保険者証回収不能届』をご提出ください。

（注）60歳以上の方で退職後の継続再雇用の場合

ア、就業規則・退職辞令のコピー等退職日が確認できる書類および継続して再雇用されたことが確認できる雇用契約書のコピー
イ、上記「ア」の書類が添付できない場合、事業主の証明書（退職日、再雇用日が記載され事業主印が押印されているもの）等

お知らせ

・保険料の負担は、資格喪失月の前月分までとなります。退職による資格喪失の場合、喪失日は退職日の翌日となるため、月末に退職した場合は退職月分の保険料まで控除する必要がありますのでご注意ください。

・退職後の健康保険の任意継続を希望する場合は、全国健康保険協会または各健康保険組合等にお問い合わせください。