

様式コード
2201

健康保険 被保険者資格喪失届

常務理事	事務局長	部長(代)	課長(代)	係長	係

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	事業所在地	〒	—	健康保険の事業所記号	
	事業所名称				
	事業主名			社会保険労務士記載欄	
	電話番号	()		氏名等	

受付日付印

被保険者1	① 被保険者証の番号	② 氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	③ 生年月日	5. 昭和	年	月	日	7. 平成	
	④ 個人番号			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 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失		⑧ 標準報酬月額	千円		⑨ 70歳不該当			

被保険者2	① 被保険者証の番号	② 氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	③ 生年月日	5. 昭和	年	月	日	7. 平成	
	④ 個人番号			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 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失		⑧ 標準報酬月額	千円		⑨ 70歳不該当			

被保険者3	① 被保険者証の番号	② 氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	③ 生年月日	5. 昭和	年	月	日	7. 平成	
	④ 個人番号			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 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失		⑧ 標準報酬月額	千円		⑨ 70歳不該当			

被保険者4	① 被保険者証の番号	② 氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	③ 生年月日	5. 昭和	年	月	日	7. 平成	
	④ 個人番号			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 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失		⑧ 標準報酬月額	千円		⑨ 70歳不該当			