

様式コード  
2201

健康保険  
厚生年金保険

# 被保険者資格喪失届

常務理事	事務長	担当

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所整理記号 - 事業所番号 21
届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 164 - 0001	
事業所所在地 東京都中野区中野4-10-1	
事業所名称 (株)栗田健保	
事業主氏名 代表取締役社長 健保 一郎	
電話番号 03 ( 6743 ) 6790	

受付印

社会保険労務士記載欄

氏名等

① 被保険者番号 12345	② 氏名 ケンポ 健保	③ 生年月日 昭和 3 8 1 0 1 0
④ 基礎年金番号	⑤ 喪失年月日	⑥ 喪失(不該当)原因 <input checked="" type="checkbox"/> 退職等 (令和 年 月 日退職等) <input type="checkbox"/> 死亡 (令和 年 月 日死亡) <input type="checkbox"/> 75歳到達 (健康保険のみ喪失) <input type="checkbox"/> 障害認定 (健康保険のみ喪失)
⑦ 備考 該当する項目を○してください。 <input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者の喪失 <input type="checkbox"/> 退職後の継続再雇用者の喪失	⑧ 保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	⑨ 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) 不該当年月日 令和 年 月 日

① 被保険者番号	② 氏名	③ 生年月日 (選択してください)
④ 基礎年金番号	⑤ 喪失年月日	⑥ 喪失(不該当)原因 <input type="checkbox"/> 退職等 (令和 年 月 日退職等) <input type="checkbox"/> 死亡 (令和 年 月 日死亡) <input type="checkbox"/> 75歳到達 (健康保険のみ喪失) <input type="checkbox"/> 障害認定 (健康保険のみ喪失)
⑦ 備考 該当する項目を○してください。 <input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者の喪失 <input type="checkbox"/> 退職後の継続再雇用者の喪失	⑧ 保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	⑨ 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) 不該当年月日 令和 年 月 日

① 被保険者番号	② 氏名	③ 生年月日 (選択してください)
④ 基礎年金番号	⑤ 喪失年月日	⑥ 喪失(不該当)原因 <input type="checkbox"/> 退職等 (令和 年 月 日退職等) <input type="checkbox"/> 死亡 (令和 年 月 日死亡) <input type="checkbox"/> 75歳到達 (健康保険のみ喪失) <input type="checkbox"/> 障害認定 (健康保険のみ喪失)
⑦ 備考 該当する項目を○してください。 <input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者の喪失 <input type="checkbox"/> 退職後の継続再雇用者の喪失	⑧ 保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	⑨ 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) 不該当年月日 令和 年 月 日

① 被保険者番号	② 氏名	③ 生年月日 (選択してください)
④ 基礎年金番号	⑤ 喪失年月日	⑥ 喪失(不該当)原因 <input type="checkbox"/> 退職等 (令和 年 月 日退職等) <input type="checkbox"/> 死亡 (令和 年 月 日死亡) <input type="checkbox"/> 75歳到達 (健康保険のみ喪失) <input type="checkbox"/> 障害認定 (健康保険のみ喪失)
⑦ 備考 該当する項目を○してください。 <input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者の喪失 <input type="checkbox"/> 退職後の継続再雇用者の喪失	⑧ 保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	⑨ 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) 不該当年月日 令和 年 月 日