

正

健康保険

# 被保険者資格喪失届

(保険をやめるとき)

決裁

日付印

常務理事	事務長	課長	係

届書コード	処理区分	①健康保険被保険者証記号・事業所番号
1 0 2	*	1

届書

③ ノーカーボン紙です。下敷を用いボールペンで強く記入してください。  
 ※「印欄」は記入しないで下さい。

② 健康保険被保険者証番号	⑦ 被保険者の氏名	③ 被保険者の生年月日	④ 個人番号 [基礎年金番号]	⑤ 資格喪失年月日	⑥ 喪失原因	⑦ 被保険者証(被保険者用)回収区分	⑧ 被扶養者の有無	⑨ 備考
	(氏) (名)	年 月 日		令和 年 月 日		添付 枚 返不能 枚	人	退職(死亡)年月日 年 月 日 事業所被保険者証回収年月日 年 月 日 ※該当する場合は☑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の喪失
	(氏) (名)	年 月 日		令和 年 月 日		添付 枚 返不能 枚	人	退職(死亡)年月日 年 月 日 事業所被保険者証回収年月日 年 月 日 ※該当する場合は☑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の喪失
	(氏) (名)	年 月 日		令和 年 月 日		添付 枚 返不能 枚	人	退職(死亡)年月日 年 月 日 事業所被保険者証回収年月日 年 月 日 ※該当する場合は☑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の喪失
	(氏) (名)	年 月 日		令和 年 月 日		添付 枚 返不能 枚	人	退職(死亡)年月日 年 月 日 事業所被保険者証回収年月日 年 月 日 ※該当する場合は☑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の喪失
	(氏) (名)	年 月 日		令和 年 月 日		添付 枚 返不能 枚	人	退職(死亡)年月日 年 月 日 事業所被保険者証回収年月日 年 月 日 ※該当する場合は☑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の喪失

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主名		
電話番号	(	局) 番

令和 年 月 日 提出

受付日付印

# 被保険者資格喪失確認通知書

副

届書コード	処理区分	①年金整理記号
1 0 2	※	※

②健康保険被保険者証番号 年金整理番号	⑦被保険者の氏名	③被保険者の生年月日	④種別(性別)	⑤個人番号 〔基礎年金番号〕	④資格喪失年月日 1.退職または死亡の日の翌日 2.70歳の誕生日の前日	⑤喪失原因	⑥被保険者証(被保険者用)回収区分	⑦被扶養者の有無	⑧備考
------------------------	----------	------------	---------	-------------------	--------------------------------------------	-------	-------------------	----------	-----

(氏)	(名)	年 月 日		令和 年 月 日		添付 枚 返不能 枚	人	退職(死亡)年月日 年 月 日	※該当する場合は☑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の喪失
-----	-----	-------	--	----------	--	---------------------	---	--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

(氏)	(名)	年 月 日		令和 年 月 日		添付 枚 返不能 枚	人	退職(死亡)年月日 年 月 日	※該当する場合は☑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の喪失
-----	-----	-------	--	----------	--	---------------------	---	--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

(氏)	(名)	年 月 日		令和 年 月 日		添付 枚 返不能 枚	人	退職(死亡)年月日 年 月 日	※該当する場合は☑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の喪失
-----	-----	-------	--	----------	--	---------------------	---	--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

(氏)	(名)	年 月 日		令和 年 月 日		添付 枚 返不能 枚	人	退職(死亡)年月日 年 月 日	※該当する場合は☑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の喪失
-----	-----	-------	--	----------	--	---------------------	---	--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

(氏)	(名)	年 月 日		令和 年 月 日		添付 枚 返不能 枚	人	退職(死亡)年月日 年 月 日	※該当する場合は☑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の喪失
-----	-----	-------	--	----------	--	---------------------	---	--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話	( 局)	番

( 令和 年 月 日 提出)

上記のとおり資格喪失を確認したので通知します。

年 月 日

**巨樹の会健康保険組合理事長**

この通知書を受け取りましたら、速やかに確認された事項を、それぞれの被保険者に通知してください。  
 なお、被保険者の住所が明らかでないため通知できないときは、その旨を当所へ連絡してください。  
 この通知書は完結となった日から起算して2年間は事業主が保存してください。

この通知書のこととわからないことがあるときは当組合へお尋ねください。この通知書の確認および決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して三ヶ月以内に文書または口頭で社会保険審査官(または口頭で社会保険審査官(地方厚生(支)局)に審査請求できます。また、その決定に不服があるときは、決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して二ヶ月以内に社会保険審査会(厚生労働省)に再審査請求できます。なお、この処分の取消の訴えは、再審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、再審査請求があった日から二ヶ月を経過しても裁決がないときや、処分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は、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して六ヶ月以内に、健康保険組合を被告として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から一年を経過すると訴えを提起できません。

巨樹の会健康保険組合

正

厚生年金保険

# 被保険者資格喪失届

(保険をやめるとき)

決裁

日付印

所長	次長	課長	係長	係員

届書コード	処理区分	①年金整理記号
	※	※

届書

① ノーカーボン紙です。下敷を用いボールペンで強く記入してください。  
② ※「印欄」は記入しないで下さい。

② 年金整理番号	⑦ 被保険者の氏名	③ 被保険者の生年月日	④ 種別(性別)	⑤ 個人番号 〔基礎年金番号〕	④ 資格喪失年月日 1.退職または死亡の日の翌日 2.70歳の誕生日の前日	⑤ 喪失原因	⑥ 被保険者証(被保険者用)回収区分	⑦ 被扶養者の有無	⑧ 備考
-------------	--------------	----------------	-------------	-----------------------	------------------------------------------------	-----------	-----------------------	--------------	---------

(氏)	(名)	年 月 日		令和 年 月 日				人	退職(死亡)年月日 年 月 日 <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の喪失
-----	-----	-------	--	----------	--	--	--	---	------------------------------------------------------------------------------------------------------

(氏)	(名)	年 月 日		令和 年 月 日				人	退職(死亡)年月日 年 月 日 <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の喪失
-----	-----	-------	--	----------	--	--	--	---	------------------------------------------------------------------------------------------------------

(氏)	(名)	年 月 日		令和 年 月 日				人	退職(死亡)年月日 年 月 日 <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の喪失
-----	-----	-------	--	----------	--	--	--	---	------------------------------------------------------------------------------------------------------

(氏)	(名)	年 月 日		令和 年 月 日				人	退職(死亡)年月日 年 月 日 <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の喪失
-----	-----	-------	--	----------	--	--	--	---	------------------------------------------------------------------------------------------------------

(氏)	(名)	年 月 日		令和 年 月 日				人	退職(死亡)年月日 年 月 日 <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の喪失
-----	-----	-------	--	----------	--	--	--	---	------------------------------------------------------------------------------------------------------

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主名		
電話番号	(	局) 番

令和 年 月 日 提出

受付日付印

巨樹の会健康保険組合