

健康保険
被保険者資格喪失届

令和 7 年 1 月 6 日提出

常務理事	事務長	課長	合議	担当

提出者記入欄	事業所記号	1 2 3 4
	事業所所在地	〒 123 - 4567 滋賀県〇〇市〇〇町〇-〇
	事業所名称	〇〇農業協同組合
	事業主氏名	〇〇 〇〇
	電話番号	1234 (567) 8900

確認決定印 受付印

事務担当者名	社会保険労務士記載欄
大津京子	お問合せ先の担当者名をご記入ください。

被保険者1	① 番号	321	② 氏名	(フリガナ) イブキ (氏) 伊吹	イチロウ (名) 一郎	③ 生年月日	⑤ 昭和 38 年 10 月 28 日 7. 平成 9. 令和
	④ 標準報酬月額	500 千円	⑤ 喪失年月日	9. 令和 7 年 1 月 1 日	⑥ 喪失原因	1. 退職等 (令和 6 年 12 月 31 日退職等) 5. 死亡 (令和 年 月 日死亡) Z. 75歳到達	
	⑦ 被扶養者	1. 有 (1 人) 2. 無	⑧ 回収	資格確認書 1. 添付 (枚) 2. 滅失 (枚)	⑨ 備考		

⑧回収欄は資格確認書を回収した際に記入してください。
他の証(経過措置期間中の保険証や限度額適用認定証など)がある場合は添付してください。

被保険者2	① 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 年 月 日 9. 令和
	④ 標準報酬月額	千円	⑤ 喪失年月日	9. 令和 年 月 日	⑥ 喪失原因	1. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 5. 死亡 (令和 年 月 日死亡) Z. 75歳到達	
	⑦ 被扶養者	1. 有 (人) 2. 無	⑧ 回収	資格確認書 1. 添付 (枚) 2. 滅失 (枚)	⑨ 備考		

被保険者3	① 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 年 月 日 9. 令和
	④ 標準報酬月額	千円	⑤ 喪失年月日	9. 令和 年 月 日	⑥ 喪失原因	1. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 5. 死亡 (令和 年 月 日死亡) Z. 75歳到達	
	⑦ 被扶養者	1. 有 (人) 2. 無	⑧ 回収	資格確認書 1. 添付 (枚) 2. 滅失 (枚)	⑨ 備考		

被保険者4	① 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 年 月 日 9. 令和
	④ 標準報酬月額	千円	⑤ 喪失年月日	9. 令和 年 月 日	⑥ 喪失原因	1. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 5. 死亡 (令和 年 月 日死亡) Z. 75歳到達	
	⑦ 被扶養者	1. 有 (人) 2. 無	⑧ 回収	資格確認書 1. 添付 (枚) 2. 滅失 (枚)	⑨ 備考		

被保険者5	① 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 年 月 日 9. 令和
	④ 標準報酬月額	千円	⑤ 喪失年月日	9. 令和 年 月 日	⑥ 喪失原因	1. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 5. 死亡 (令和 年 月 日死亡) Z. 75歳到達	
	⑦ 被扶養者	1. 有 (人) 2. 無	⑧ 回収	資格確認書 1. 添付 (枚) 2. 滅失 (枚)	⑨ 備考		