

常務理事	事務長	担当

正

健康保険 被保険者資格喪失届

① 健康保険被保険者証の記号
(年金整理番号)

※

② 健康保険被保険者証の番号 (年金整理番号)	⑦ 被保険者の氏名	③ 生年月日	① 種別 (性別)	⑤ 年金手帳の基礎年金番号	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 資格喪失原因	⑥ 標準報酬月額	⑧ 被保険者証(被保険者用)回収区分	⑨ 被扶養者の有無	⑩ ※被扶養者番号 ⑪ ※被保険者証(被扶養者用)回収区分	⑫ ※作成原因	⑬ 備考
	(氏) (名)	明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7	1.5.2.6.3.7		平成 年 月 日 その他 4 死亡 5 70歳到達 6	健 千円 年 千円	添付 1 返不能 2 減失 3	無・有 (人)	添付 1 返不能 2 減失 3	添付 1 返不能 2 減失 3		
	(氏) (名)	明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7	1.5.2.6.3.7		平成 年 月 日 その他 4 死亡 5 70歳到達 6	健 千円 年 千円	添付 1 返不能 2 減失 3	無・有 (人)	添付 1 返不能 2 減失 3	添付 1 返不能 2 減失 3		
	(氏) (名)	明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7	1.5.2.6.3.7		平成 年 月 日 その他 4 死亡 5 70歳到達 6	健 千円 年 千円	添付 1 返不能 2 減失 3	無・有 (人)	添付 1 返不能 2 減失 3	添付 1 返不能 2 減失 3		
	(氏) (名)	明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7	1.5.2.6.3.7		平成 年 月 日 その他 4 死亡 5 70歳到達 6	健 千円 年 千円	添付 1 返不能 2 減失 3	無・有 (人)	添付 1 返不能 2 減失 3	添付 1 返不能 2 減失 3		
	(氏) (名)	明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7	1.5.2.6.3.7		平成 年 月 日 その他 4 死亡 5 70歳到達 6	健 千円 年 千円	添付 1 返不能 2 減失 3	無・有 (人)	添付 1 返不能 2 減失 3	添付 1 返不能 2 減失 3		

◎「※」印欄は記入しないでください。

様式第八号(第二十九条関係)

平成 年 月 日 提出 ※ 受付日付印

事業所所在地	〒	—	
事業所名称			
事業主氏名	印		
電 話	(局)	番	

副

健康保険被保険者資格喪失確認通知書

様式第八号(第二十九条関係)

Form with multiple rows for insured person details, including fields for name, birth date, insurance number, and qualification loss date.

(平成 年 月 日提出分)

上記のとおり資格喪失を確認したので通知します。

平成 年 月 日

健康保険組合理事長

Form for business address and contact information, including fields for business name, address, and phone number.

ア、この通知書のことからわかること、または、この通知書の提出後、社会保険審査官(地方社会保険事務局内)に審査請求をすることができ、この処分取消の訴えは、再審査請求の裁決を経た後、または、提起でき、再審査請求があった日から3か月を経過しても提起でき、この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、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1年を経過すると訴えを提起できません。イ、この通知書を受けとつたら、すみやかに確認された事項をそれぞれに被保険者に通知しなければなりません。その旨を当所へ連絡してください。

〔記載例〕

届書コード	処理区分	
2 0 1	※	

この届書は、資格喪失の日（④欄の日）から5日以内に提出してください。

①健康保険被保険者証の記号 (年金整理記号)																							
A		1 2 3 4																					
②健康保険者の番号 (年金整理番号)		⑦被保険者の氏名			③生年月日		④種別 (性別)	⑤年金手帳の基礎年金番号			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資格喪失原因	⑥標準報酬月額	⑥被保険者証(被保険者用)回収区分	④被扶養者の有無	⑦※被扶養者番号 ⑧※被保険者証(被扶養者用)回収区分		⑨※作成原因	⑩備考			
40		(氏) 鈴木 (名) 花子			明1 年 月 日 大3 昭5 平7 2 4 0 9 1 0		④ 5 2 6 3 7	2 1 1 3 3 6 8 5 4 7			平成 年 月 日 1 4 0 7 1 7		④ 4 4 0	健 千円 4 4 0	添付1 返不能2 減失3	無 有 (人)	添付1 返不能2 減失3		添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3	添付1 返不能2 減失3		

(記入の方法)

- ①欄は、健康保険組合提出分については「健康保険被保険者証の記号」を記入してください。また、厚生年金保険提出分については「厚生年金保険事業所整理番号」を記入してください。
- ③欄の明1・大3・昭5・平7の文字は、該当する文字を○印で囲み、戸籍上の生年月日を正確に記入してください。なお、年月日が1桁の場合は、前に0を記入してそれぞれ2桁にしてください。
- ④欄は、被保険者が坑内員以外の男子であるときは「1」を、女子であるときは「2」を、坑内員であるときは、「3」を○印で囲んでください。ただし、厚生年金基金の加入員であって、坑内員以外の男子であるときは「5」を、女子であるときは「6」を、坑内員であるときは「7」を○印で囲んでください。
- ④欄は次の年月日を記入してください。
 - 被保険者が退職した日の翌日または死亡した日の翌日
 - 被保険者が本店から支店などに転勤したための資格喪失であるときは、その当日
 - 被保険者が70歳に達した日（70歳に誕生日の前日）
 なお、喪失年月日が1桁の場合は、前に0を記入してそれぞれ2桁にしてください。また、資格喪失の日が月末であるときは、資格喪失の原因が発生した日とその理由（たとえば、資格喪失の日が6月30日であるときは、「6月29日退職」または「死亡」など）を備考欄に記入してください。
- ⑤欄は、いずれか該当する文字を○印で囲んでください。
- ⑥欄は、被保険者の健康保険と厚生年金保険の標準報酬月額を、それぞれの欄に記入してください。

なお、標準報酬月額が3桁に満たないものについて、前に0を記入して3桁にしてください。
- ⑦欄は、この届書に被保険者の「健康保険被保険者証」を添付したときは「添付1」を、「健康保険

- 被保険者証回収不能届」を添付したときは「返不能2」を、「健康保険被保険者証減失届」を添付したときは「減失3」の文字を、それぞれ○印で囲んでください。
- ⑧欄は、該当する文字を○印で囲むこと。なお、「有」の場合は、() 内に被扶養者の人数を記入すること。
 - 備考欄にはつぎの事項等を記入してください。
 - 健康保険の被保険者証の番号または年金手帳（基礎年金番号通知書を含む）の基礎年金番号の通知をうけていないときは、その旨を記入してください。
 - 被保険者の資格を取得した月にその資格を喪失した方については「同月得喪」と記入してください。
 - 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方については、「加入員の資格同月得喪」と記入してください。
 - 健康保険法第118条第1項に該当中の方であるときは、「健康法第118条該当」と記入してください。

(この届書に添付して提出する書類)

- 「健康保険被保険者証」
- 健康保険被保険者証を紛失したため添付できないときは、「健康保険被保険者証減失届」
- 被保険者であった方の所在がわからないため被保険者証を回収することができないときは、「健康保険被保険者証回収不能届」