

(事業所) 所在地 名称 事業主

事業所記号

常務理事	事務長	業務課長	係
------	-----	------	---

令和 年 月 日 提出

正 健康保険 被保険者資格喪失届 健保事務担当者確認欄

1	① 被保険者番号	② 氏名	③ 生年 月日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	⑥ 標準報酬月額 千円	
	⑦ 退職年月日	令和 年 月 日	⑨ 喪失理由 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 転出 (転出先:)		⑬ 喪失後 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> 任継				
	⑧ 資格喪失年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日: 年 月 日)		<input type="checkbox"/> その他 (他保険等)				
	⑩ 保険証 回収枚数	本人 枚 家族 枚	⑪ 資格確認書 回収枚数	本人 枚 家族 枚	⑫ 回収年月日 令和 年 月 日	※健保記入 保険証・ 資格確認書 未回収枚数	本人 枚 家族 枚	⑭ 備考	

2	① 被保険者番号	② 氏名	③ 生年 月日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	⑥ 標準報酬月額 千円	
	⑦ 退職年月日	令和 年 月 日	⑨ 喪失理由 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 転出 (転出先:)		⑬ 喪失後 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> 任継				
	⑧ 資格喪失年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日: 年 月 日)		<input type="checkbox"/> その他 (他保険等)				
	⑩ 保険証 回収枚数	本人 枚 家族 枚	⑪ 資格確認書 回収枚数	本人 枚 家族 枚	⑫ 回収年月日 令和 年 月 日	※健保記入 保険証・ 資格確認書 未回収枚数	本人 枚 家族 枚	⑭ 備考	

3	① 被保険者番号	② 氏名	③ 生年 月日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	⑥ 標準報酬月額 千円	
	⑦ 退職年月日	令和 年 月 日	⑨ 喪失理由 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 転出 (転出先:)		⑬ 喪失後 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> 任継				
	⑧ 資格喪失年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日: 年 月 日)		<input type="checkbox"/> その他 (他保険等)				
	⑩ 保険証 回収枚数	本人 枚 家族 枚	⑪ 資格確認書 回収枚数	本人 枚 家族 枚	⑫ 回収年月日 令和 年 月 日	※健保記入 保険証・ 資格確認書 未回収枚数	本人 枚 家族 枚	⑭ 備考	

4	① 被保険者番号	② 氏名	③ 生年 月日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	⑥ 標準報酬月額 千円	
	⑦ 退職年月日	令和 年 月 日	⑨ 喪失理由 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 転出 (転出先:)		⑬ 喪失後 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> 任継				
	⑧ 資格喪失年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日: 年 月 日)		<input type="checkbox"/> その他 (他保険等)				
	⑩ 保険証 回収枚数	本人 枚 家族 枚	⑪ 資格確認書 回収枚数	本人 枚 家族 枚	⑫ 回収年月日 令和 年 月 日	※健保記入 保険証・ 資格確認書 未回収枚数	本人 枚 家族 枚	⑭ 備考	

5	① 被保険者番号	② 氏名	③ 生年 月日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	⑥ 標準報酬月額 千円	
	⑦ 退職年月日	令和 年 月 日	⑨ 喪失理由 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 転出 (転出先:)		⑬ 喪失後 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> 任継				
	⑧ 資格喪失年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日: 年 月 日)		<input type="checkbox"/> その他 (他保険等)				
	⑩ 保険証 回収枚数	本人 枚 家族 枚	⑪ 資格確認書 回収枚数	本人 枚 家族 枚	⑫ 回収年月日 令和 年 月 日	※健保記入 保険証・ 資格確認書 未回収枚数	本人 枚 家族 枚	⑭ 備考	

注意
事項

- ・「被保険者証」は、被扶養者分も添付して下さい。
- ・※健保記入欄は記入不要です。事業所では「⑩ ⑪ 回収枚数」及び「⑫ ⑬ 回収年月日」を記入して下さい。また「保険証」や「資格確認書」等が回収できない場合、別途「被保険者証等滅失届」又は「被保険者証等回収不能届」を提出して下さい。
- ・⑦退職の日付は、退職であれば退職日、転出(転籍・転勤)であれば転籍(転勤)日の前日をそれぞれ記入して下さい。
- ・⑨喪失理由の「転出」は関連事業所間の転籍、または茨城県厚生連および協同病院間の転勤があった場合のみ記入して下さい。
- ・⑬喪失後の欄は、退職後の健康保険について、当てはまる項目に☑を付けて下さい。
- ・この届出書は正・副2通とも提出して下さい。なお、事業主欄の事業主印は省略できます。
- ・健保事務担当者確認欄は必ず☑を付けて下さい。

受付印

処理年月日

(事業所) 所在地 名称 事業主	殿	事業所記号	〒310-0022 茨城県水戸市梅香1-5-5 JA会館分館5F TEL.029-232-2270 茨城県農協健康保険組合 理事長
---------------------------	---	-------	---

副 健康保険 被保険者資格喪失確認通知書

1	① 被保険者番号	② 氏名	③ 生年 昭和 <input type="checkbox"/> 年 月 日 平成 <input type="checkbox"/> 年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	⑥ 標準報酬月額 千円
	⑦ 退職年月日 令和 年 月 日	⑨ 喪失理由 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 転出 (転出先:) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日: 年 月 日)			⑬ 喪失後 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> 任継 <input type="checkbox"/> その他 (他保険等)	
	⑧ 資格喪失年月日 令和 年 月 日				⑭ 備考	
	⑩ 保険証 回収済枚数	本人 枚 家族 枚	⑪ 資格確認書 回収枚数	本人 枚 家族 枚	⑫ 回収年月日 令和 年 月 日	※健保記入 保険証・ 資格確認書 未回収枚数

2	① 被保険者番号	② 氏名	③ 生年 昭和 <input type="checkbox"/> 年 月 日 平成 <input type="checkbox"/> 年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	⑥ 標準報酬月額 千円
	⑦ 退職年月日 令和 年 月 日	⑨ 喪失理由 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 転出 (転出先:) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日: 年 月 日)			⑬ 喪失後 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> 任継 <input type="checkbox"/> その他 (他保険等)	
	⑧ 資格喪失年月日 令和 年 月 日				⑭ 備考	
	⑩ 保険証 回収済枚数	本人 枚 家族 枚	⑪ 資格確認書 回収枚数	本人 枚 家族 枚	⑫ 回収年月日 令和 年 月 日	※健保記入 保険証・ 資格確認書 未回収枚数

3	① 被保険者番号	② 氏名	③ 生年 昭和 <input type="checkbox"/> 年 月 日 平成 <input type="checkbox"/> 年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	⑥ 標準報酬月額 千円
	⑦ 退職年月日 令和 年 月 日	⑨ 喪失理由 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 転出 (転出先:) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日: 年 月 日)			⑬ 喪失後 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> 任継 <input type="checkbox"/> その他 (他保険等)	
	⑧ 資格喪失年月日 令和 年 月 日				⑭ 備考	
	⑩ 保険証 回収済枚数	本人 枚 家族 枚	⑪ 資格確認書 回収枚数	本人 枚 家族 枚	⑫ 回収年月日 令和 年 月 日	※健保記入 保険証・ 資格確認書 未回収枚数

4	① 被保険者番号	② 氏名	③ 生年 昭和 <input type="checkbox"/> 年 月 日 平成 <input type="checkbox"/> 年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	⑥ 標準報酬月額 千円
	⑦ 退職年月日 令和 年 月 日	⑨ 喪失理由 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 転出 (転出先:) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日: 年 月 日)			⑬ 喪失後 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> 任継 <input type="checkbox"/> その他 (他保険等)	
	⑧ 資格喪失年月日 令和 年 月 日				⑭ 備考	
	⑩ 保険証 回収済枚数	本人 枚 家族 枚	⑪ 資格確認書 回収枚数	本人 枚 家族 枚	⑫ 回収年月日 令和 年 月 日	※健保記入 保険証・ 資格確認書 未回収枚数

5	① 被保険者番号	② 氏名	③ 生年 昭和 <input type="checkbox"/> 年 月 日 平成 <input type="checkbox"/> 年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	⑥ 標準報酬月額 千円
	⑦ 退職年月日 令和 年 月 日	⑨ 喪失理由 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 転出 (転出先:) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日: 年 月 日)			⑬ 喪失後 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> 任継 <input type="checkbox"/> その他 (他保険等)	
	⑧ 資格喪失年月日 令和 年 月 日				⑭ 備考	
	⑩ 保険証 回収済枚数	本人 枚 家族 枚	⑪ 資格確認書 回収枚数	本人 枚 家族 枚	⑫ 回収年月日 令和 年 月 日	※健保記入 保険証・ 資格確認書 未回収枚数

この処分不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3ヶ月以内に文書または口頭で社会保険審査官(地方厚生局内)に対して審査請求をすることができます。(また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求または処分の取り消しの訴えを提起することができます。)
再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2ヶ月以内に文書または口頭で社会保険審査会(厚生労働省内)に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6ヶ月以内(再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6ヶ月以内)に、健康保険組合を被告として提起することができます。(ただし、原則として、決定または裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。)
なお、審査請求があった日から2ヶ月を経過しても決定がないときや、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、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても提起することができます。

確認印