

被保険者資格喪失届

後期高齢者医療制度該当

常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	主任	係

令和 年 月 日提出

◎ 記入事項を訂正する際は記入者の訂正印(サイン可)が必要になります。

提出者記入欄	健保証記号	
	事業所所在地	〒
	事業所名称	
	事業主氏名	
電話番号	()	

受付印

社会保険労務士記載欄
氏名等

被保険者1	① 被保険者証番号	② 氏名	(フリガナ)	③ 生月 年 日	5. 昭 和	年	月	日
	④ 後期高齢者医療該当日 (75歳到達)	⑤ 標準報酬月額	⑥ 健保	⑦ 添付	⑧ 有	健保記入欄		
	令和 年 月 日	千円	千円	添付 返不能 減失	有 無			

被保険者2	① 被保険者証番号	② 氏名	(フリガナ)	③ 生月 年 日	5. 昭 和	年	月	日
	④ 後期高齢者医療該当日 (75歳到達)	⑤ 標準報酬月額	⑥ 健保	⑦ 添付	⑧ 有	健保記入欄		
	令和 年 月 日	千円	千円	添付 返不能 減失	有 無			

被保険者3	① 被保険者証番号	② 氏名	(フリガナ)	③ 生月 年 日	5. 昭 和	年	月	日
	④ 後期高齢者医療該当日 (75歳到達)	⑤ 標準報酬月額	⑥ 健保	⑦ 添付	⑧ 有	健保記入欄		
	令和 年 月 日	千円	千円	添付 返不能 減失	有 無			

～ 注意事項 ～

この申請は、後期高齢者医療制度に該当となることによる被保険者喪失届です。詳細は、お住いの市町村、後期高齢者広域連合にお問い合わせください。

- ① 全ての保険証・高齢受給者証を添付してください。
※限度額認定証・特定疾病療養受給者証も交付されている方は、併せてご返却ください。
- ② 75歳未満の扶養家族の方は保険を国民保険に切り替えていただく事になります。資格証明書を発行いたしますのでお住いの市町村の国民保険の加入手続きにご使用ください。