



## 記入方法

提出者記入欄 : 新規適用時に付された事業所記号を記入してください。

事業所 記号	1	2	3	4	5
-----------	---	---	---	---	---

①被保険者整理番号 : 資格取得時に払い出された被保険者整理番号を、必ず記入してください。

②氏名 : 氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。

③生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照し記入してください。

⑤昭和	年	月	日
7平成	6	3	0
9令和	5	0	3

④個人番号 : 本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。

⑤喪失年月日 : 下図を参照し、喪失年月日を記入してください。

退職等による資格喪失	退職日の翌日 転勤の当日 雇用契約の変更の当日
死亡による資格喪失	死亡日の翌日
75歳到達による健康保険の資格喪失	誕生日の当日
障害認定による健康保険の資格喪失	認定日の当日

⑥喪失(不該当)原因 : 下図を参照し、該当する番号を○で囲んでください。退職・死亡の場合は、その当日の年月日を( )内に記入してください。

4. 退職等	退職した場合、雇用契約の変更等により被保険者の適用対象外となった場合、退職後に継続して再雇用した場合
5. 死亡	死亡した場合
7. 75歳到達	75歳に到達したことで後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合
その他	65歳以上75歳未満の方で、障害認定により後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合、または二以上被保険者で当組合を非選択にされる場合等の喪失理由をご記入ください。

※ 転勤後 記号・番号 当組合に所属している事業所間での異動の場合は、4.退職等に記入のうえ、新しく取得される事業所の記号・番号をご記入ください

⑦備考 : 必要に応じて記入してください。

⑧保険証回収 : 保険証の回収枚数・保険証の回収不能届・保険証の滅失届のそれぞれの枚数を記入してください。