

被保険者資格喪失届 記入例

異動減届に係る遅延報告書

（ ）日から3ヶ月以上遅延した届出に添付してください。

ダスキン健康保険組合 理事長 殿

当事業所において、届出が遅延したため、下記のとおり報告いたします。

1. 対象者情報

記 号 ・ 番 号 : 000 - 0000

被 保 険 者 名 : 算定 次郎

資 格 喪 失 日 : 令和8年4月1日

資 格 喪 失 届 出 日 : 令和8年8月1日

対 象 者 名 :

異 動 減 日 :

異 動 減 届 出 日 :

2. 届出遅延理由

- ☒ 退職手続き漏れ
- ☐ 人事担当者の引継ぎ不足
- ☐ 被保険者本人との連絡不能
- ☐ 退職日確定に時間を要した
- ☐ 休職・欠勤状態が継続し資格状況の確認が遅れた
- ☐ 事業所内事務処理誤り
- ☐ その他（詳細理由必須）

3. 被保険者との連絡状況

(1) 現在把握している連絡先

住 所 : 〇〇県〇〇市〇〇〇-〇

電 話 番 号 :

携 帯 電 話 : 000-0000-0000

メー ル ア ド レ ス : santei@〇〇〇.co.jp

(2) 連絡状況

- ☒ 現在連絡が取れている
- ☐ 郵送のみ連絡可能
- ☐ 電話のみ連絡可能
- ☐ 現在連絡が取れていない
- ☐ その他

最終連絡日 : 令和8年7月28日

4. 資格喪失後の受診状況確認

- ☒ 確認済み（喪失日以降受診なし）
- ☐ 確認済み（喪失日以降受診あり）

受診日 :

- ☐ 確認を試みたが回答なし
- ☐ 連絡が取れず確認できない

確認日 : 令和8年7月28日

5. 資格確認書の回収状況

- ☒ 交付なし
- ☐ 回収済み
- ☐ 回収依頼中 回収予定日
- ☐ 未回収 回収予定日
- ☐ 資格確認書滅失・紛失/資格喪失に伴う回収不能届出済み

6. (必須) 事業所誓約事項（確認のうえ、チェックをお願いいたします）

- ☒ 資格喪失後受診等に係る調査、返還請求その他の手続に関し、健康保険組合から依頼があった場合は、可能な範囲で被保険者への連絡その他の協力を行います。
- ☒ 今後は届出を適正かつ速やかに行い、長期遅延防止に努めます。

事 業 所 名 : 株式会社ダスキン〇〇

代 表 者 名 : 代表取締役 島 大作

電 話 番 号 : 00-0000-0000

担 当 者 名 : 健保 花子

生 日 から 3 ヶ 月 以 上 遅 延 し た 届 出 に 添 付 し て く だ さ い 。

ダスキン健康保険組合 理事長 殿

当事業所において、届出が遅延したため、下記のとおり報告いたします。

1. 対象者情報

記 号 ・ 番 号 : 000 - 0000

被 保 険 者 名 : 算定 次郎

資 格 喪 失 日 :

資 格 喪 失 届 出 日 :

対 象 者 名 : 算定 花子

異 動 減 日 : 令和8年4月1日

異 動 減 届 出 日 : 令和8年8月1日

2. 届出遅延理由

- ☐ 退職手続き漏れ
- ☐ 人事担当者の引継ぎ不足
- ☐ 被保険者本人との連絡不能
- ☐ 退職日確定に時間を要した
- ☐ 休職・欠勤状態が継続し資格状況の確認が遅れた
- ☒ 事業所内事務処理誤り
- ☐ その他（詳細理由必須）

3. 被保険者との連絡状況

(1) 現在把握している連絡先

住 所 : 〇〇県〇〇市〇〇〇-〇

電 話 番 号 :

携 帯 電 話 : 000-0000-0000

メー ル ア ド レ ス : santei@〇〇〇.co.jp

(2) 連絡状況

- ☒ 現在連絡が取れている
- ☐ 郵送のみ連絡可能
- ☐ 電話のみ連絡可能
- ☐ 現在連絡が取れていない
- ☐ その他

最終連絡日 : 令和8年7月28日

4. 資格喪失後の受診状況確認

- ☒ 確認済み（喪失日以降受診なし）
- ☐ 確認済み（喪失日以降受診あり）

受診日 :

- ☐ 確認を試みたが回答なし
- ☐ 連絡が取れず確認できない

確認日 : 令和8年7月28日

5. 資格確認書の回収状況

- ☒ 交付なし
- ☐ 回収済み
- ☐ 回収依頼中 回収予定日
- ☐ 未回収 回収予定日
- ☐ 資格確認書滅失・紛失/資格喪失に伴う回収不能届出済み

6. (必須) 事業所誓約事項（確認のうえ、チェックをお願いいたします）

- ☒ 資格喪失後受診等に係る調査、返還請求その他の手続に関し、健康保険組合から依頼があった場合は、可能な範囲で被保険者への連絡その他の協力を行います。
- ☒ 今後は届出を適正かつ速やかに行い、長期遅延防止に努めます。

事 業 所 名 : 株式会社ダスキン〇〇

代 表 者 名 : 代表取締役 島 大作

電 話 番 号 : 00-0000-0000

担 当 者 名 : 健保 良子