

事業所記号

# 健康保険 被保険者資格喪失届

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係

◎※「印欄は記入しないでください。資格喪失者（扶養家族含む）の健康保険証を添付してご提出ください。

被保険者番号	被保険者の氏名		生年月日		性別 男・女	資格喪失年月日		資格喪失原因 その他死亡75歳到達障害認定	標準報酬額 千円	被保険者証 (被保険者用) 回収区分	被扶養者の有無 ・有(人) ・無	※ 被扶養者番号					備考	
	(氏)	(名)	昭平令	令和		添付不能減失	添付					添付	添付	添付	添付	※ 被保険者証 (被扶養者用) 回収区分		
	(氏)	(名)	昭平令	令和	男・女	令和					・有(人) ・無							年 月 日
	喪失時の住所											添付 返不能 減失	添付 返不能 減失	添付 返不能 減失	添付 返不能 減失	添付 返不能 減失	添付 返不能 減失	退職・死亡
	(氏)	(名)	昭平令	令和	男・女	令和					・有(人) ・無							年 月 日
	喪失時の住所											添付 返不能 減失	添付 返不能 減失	添付 返不能 減失	添付 返不能 減失	添付 返不能 減失	添付 返不能 減失	退職・死亡
	(氏)	(名)	昭平令	令和	男・女	令和					・有(人) ・無							年 月 日
	喪失時の住所											添付 返不能 減失	添付 返不能 減失	添付 返不能 減失	添付 返不能 減失	添付 返不能 減失	添付 返不能 減失	退職・死亡
	(氏)	(名)	昭平令	令和	男・女	令和					・有(人) ・無							年 月 日
	喪失時の住所											添付 返不能 減失	添付 返不能 減失	添付 返不能 減失	添付 返不能 減失	添付 返不能 減失	添付 返不能 減失	退職・死亡
	(氏)	(名)	昭平令	令和	男・女	令和					・有(人) ・無							年 月 日
	喪失時の住所											添付 返不能 減失	添付 返不能 減失	添付 返不能 減失	添付 返不能 減失	添付 返不能 減失	添付 返不能 減失	退職・死亡

事業所所在地	〒 -	
事業所名称		
事業主氏名		
電話	( 局 )	番

令和 年 月 日提出
社会保険労務士記載欄

受付年月日