

事業所番号	
0	1

新	規	2	2	0
転	出	2	5	

健康保険 被保険者資格喪失届

健保組合	常務理事	事務長	課長	係員
------	------	-----	----	----

事業所	確認者	担当者

番号	フリガナ	性別	生年月日	資格喪失年月日	資格喪失事由	標準報酬月額(千円)	被扶養者有無	被保険者資格確認書回収区分	被扶養者続柄コード	備考
123456	ケンコウ タロウ	男	昭和	年 月 日	年 月 日	退職	260	有	22 41	
1	健康 太郎	女	平成	〇〇 〇〇 〇〇	〇〇 〇〇 〇〇	死亡		無	1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3 4 4 4 4	
郵便番号	000 - 0000	被保険者住所		東京都〇×区 1-2-3						

		男	昭和	年 月 日	年 月 日	退職		有	1.添付 2.減失 3.返不能 4.発行なし	
		女	平成			死亡		無	1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3 4 4 4 4	
郵便番号	-	被保険者住所								

		男	昭和	年 月 日	年 月 日	退職		有	1.添付 2.減失 3.返不能 4.発行なし	
		女	平成			死亡		無	1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3 4 4 4 4	
郵便番号	-	被保険者住所								

		男	昭和	年 月 日	年 月 日	退職		有	1.添付 2.減失 3.返不能 4.発行なし	
		女	平成			死亡		無	1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3 4 4 4 4	
郵便番号	-	被保険者住所								

事業所所在地	東京都千代田区岩本町3-10-1
事業所名称	山崎製パン株式会社
事業主氏名	事業 太郎
電話番号	00 (0000) 0000

令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

健保受領印

決裁日付印	確認日付印	受付日付印
-------	-------	-------