

事業所番号	

新	規	2	2	
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 雇用区分	フリガナ 被保険者氏名	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
			年	月						日	年	月	日	
		男	昭和	年	月	日	退職 転出 死亡 75歳到達	有	1.添付 2.減失 3.返不能 4.発行なし					
		女	平成							1	1	1	1	
郵便番号		被保険者住所												

		男	昭和	年	月	日	退職 転出 死亡 75歳到達	有	1.添付 2.減失 3.返不能 4.発行なし					
		女	平成							1	1	1	1	
郵便番号		被保険者住所												

		男	昭和	年	月	日	退職 転出 死亡 75歳到達	有	1.添付 2.減失 3.返不能 4.発行なし					
		女	平成							1	1	1	1	
郵便番号		被保険者住所												

		男	昭和	年	月	日	退職 転出 死亡 75歳到達	有	1.添付 2.減失 3.返不能 4.発行なし					
		女	平成							1	1	1	1	
郵便番号		被保険者住所												

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

令和    年    月    日 提出

健保受領印

決裁日付印	確認日付印	受付日付印