

秘密

健康保険 被保険者資格喪失届

Table with 5 columns: 審査, 入力, 一次, 二次, 発送

① 事業所記号

(健康保険をぬけるときの)

※ 被保険者証を添付できないときは、住所、電話番号を必ず記入してください。

Header row for insured person details: 被保険者整理番号, 被保険者の氏名, 生年月日, 性別, 資格喪失年月日, 資格喪失原因, 標準報酬月額額, 被保険者証(被保険者用)回収区分, 被扶養者有無, 備考

Form row 1: (氏) (名) 昭和 年月日 令和 平成 令和 男・女 令和 平成 令和 退職 1 2 3 4 5 千円 添付・返不能・滅失 (人) 退職日・死亡日 平成 令和 年 月 日

Form row 2: 住所 〒 都府 市町 区村 道県 ()

Form row 3: (氏) (名) 昭和 年月日 令和 平成 令和 男・女 令和 平成 令和 退職 1 2 3 4 5 千円 添付・返不能・滅失 (人) 退職日・死亡日 平成 令和 年 月 日

Form row 4: (氏) (名) 昭和 年月日 令和 平成 令和 男・女 令和 平成 令和 退職 1 2 3 4 5 千円 添付・返不能・滅失 (人) 退職日・死亡日 平成 令和 年 月 日

事業所所在地, 事業所名称, 事業主氏名, 電話

年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士記載欄

◎ 記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。