

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。

◎ 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。

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

First insured person row: (氏), (名), 昭和/平成/令和, 年/月/日, 男/女, 令和/平成, 年/月/日, 退職/死亡/障害その他, 千円, 添付/返不能/減失, 無/有(人), 退職日・死亡日

住所 row: 〒, 都府, 市町, 区村

Second insured person row: (氏), (名), 昭和/平成/令和, 年/月/日, 男/女, 令和/平成, 年/月/日, 退職/死亡/障害その他, 千円, 添付/返不能/減失, 無/有(人), 退職日・死亡日

住所 row: 〒, 都府, 市町, 区村

Third insured person row: (氏), (名), 昭和/平成/令和, 年/月/日, 男/女, 令和/平成, 年/月/日, 退職/死亡/障害その他, 千円, 添付/返不能/減失, 無/有(人), 退職日・死亡日

住所 row: 〒, 都府, 市町, 区村

Fourth insured person row: (氏), (名), 昭和/平成/令和, 年/月/日, 男/女, 令和/平成, 年/月/日, 退職/死亡/障害その他, 千円, 添付/返不能/減失, 無/有(人), 退職日・死亡日

住所 row: 〒, 都府, 市町, 区村

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