

秘密

健康保険 被保険者資格喪失届

(健康保険をぬけるときの)

① 事業所記号

2 3 1 2

※ 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。

② 被保険者整理番号	⑦ 被保険者の氏名	③ 生年月日	① 性別	④ 資格喪失年月日	⑤ 資格喪失原因	⑥ 標準報酬月額額	⑧ 被保険者証(被保険者用)回収区分	⑨ 被扶養者有無	⑩ 備考
------------	-----------	--------	------	-----------	----------	-----------	--------------------	----------	------

35	健保 あおい	昭和 平成 令和 5 0 0 4 0 1	男	令和 平成 0 2 0 6 0 1	退職 1 死亡 2 75歳到達 3 障害認定 4 その他 5	260	添付 返不能 減失	無・有 (人)	退職日・死亡日 平成 令和 02年5月31日
----	--------	-------------------------	---	----------------------	--	-----	--------------	------------	------------------------------

住所	〒 231 - 0015	神奈川県 横浜市中区	尾上町〇〇-××	045 (641) 3400
----	--------------	------------	----------	----------------

38	健保 みどり	昭和 平成 令和 5 5 0 8 2 5	男	令和 平成 0 3 0 7 0 1	退職 1 死亡 2 75歳到達 3 障害認定 4 その他 5	340	添付 返不能 減失	無・有 (人)	勤務減少のため 退職日・死亡日 平成 令和 03年7月1日
----	--------	-------------------------	---	----------------------	--	-----	--------------	------------	--

住所	〒 -	都府 市町 区村	()	()
----	-----	----------	-----	-----

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。

必ず被保険者証を添付してください

◎ 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。

住所	〒	都府 市町 区村	年 月 日	男・女	令和 平成	退職 1 死亡 2 75歳到達 3 障害認定 4 その他 5	千円	添付 返不能 減失	無・有 (人)	退職日・死亡日 平成 令和 年 月 日
----	---	----------	-------	-----	-------	--	----	--------------	------------	---------------------------

住所	〒	市町 区村	年 月 日	男・女	令和 平成	退職 1 死亡 2 75歳到達 3 障害認定 4 その他 5	千円	添付 返不能 減失	無・有 (人)	退職日・死亡日 平成 令和 年 月 日
----	---	-------	-------	-----	-------	--	----	--------------	------------	---------------------------

住所	〒	都府 市町 区村	年 月 日	男・女	昭和 平成 令和	退職 1 死亡 2 75歳到達 3 障害認定 4 その他 5	千円	添付 返不能 減失	無・有 (人)	退職日・死亡日 平成 令和 年 月 日
----	---	----------	-------	-----	----------	--	----	--------------	------------	---------------------------

住所	〒	都府 市町 区村	年 月 日	男・女	昭和 平成 令和	退職 1 死亡 2 75歳到達 3 障害認定 4 その他 5	千円	添付 返不能 減失	無・有 (人)	退職日・死亡日 平成 令和 年 月 日
----	---	----------	-------	-----	----------	--	----	--------------	------------	---------------------------

事業所所在地 〒0000-0000 横浜市〇〇区〇〇町

事業所名称 〇〇病院

事業主氏名 〇〇 〇〇

電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇



年 月 日 提出 受付日付印

社会保険労務士記載欄