

※事業主印を押印してください。

健康保険

被保険者資格喪失届

健康保険被保険者証の記号		

		課長	係長	係員

郵便番号 事業所所在地	〒
事業所名称 事業主氏名 電話番号	( ) - [印]

◎事業主の押印については署名(自筆)の場合は要しないものであること。

健康保険被保険者証の番号	被保険者の氏名	生年月日	種別(性別)	資格喪失年月日 (退職または死亡の日の翌日)	資格喪失原因	標準報酬月額	被保険者証(被保険者用)回収区分	被扶養者の有無	被保険者証(被扶養者用)回収区分	備考	
	(氏) (名)	昭5 平7	(男)1 (女)2	令和 年 月 日	その他4 死亡5	健 千円	添付1 返不能2 減失3	無 有 (人)	添付 枚 返不能 枚 減失 枚	退職 年 月 日 転勤 年 月 日 死亡 年 月 日	
郵便番号	-	住所	フリガナ 都道府県								電話番号(連絡先)
	(氏) (名)	昭5 平7	(男)1 (女)2	令和 年 月 日	その他4 死亡5	健 千円	添付1 返不能2 減失3	無 有 (人)	添付 枚 返不能 枚 減失 枚	退職 年 月 日 転勤 年 月 日 死亡 年 月 日	
郵便番号	-	住所	フリガナ 都道府県								電話番号(連絡先)
	(氏) (名)	昭5 平7	(男)1 (女)2	令和 年 月 日	その他4 死亡5	健 千円	添付1 返不能2 減失3	無 有 (人)	添付 枚 返不能 枚 減失 枚	退職 年 月 日 転勤 年 月 日 死亡 年 月 日	
郵便番号	-	住所	フリガナ 都道府県								電話番号(連絡先)
	(氏) (名)	昭5 平7	(男)1 (女)2	令和 年 月 日	その他4 死亡5	健 千円	添付1 返不能2 減失3	無 有 (人)	添付 枚 返不能 枚 減失 枚	退職 年 月 日 転勤 年 月 日 死亡 年 月 日	
郵便番号	-	住所	フリガナ 都道府県								電話番号(連絡先)

第 葉

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者印

[印]
-----

受付日付印

愛鉄連健康保険組合理事長 殿

(令和1年5月1日 改)