

健康保険被保険者の記号	

健康保険 被保険者資格喪失届

		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	() -

健康保険被保険者の番号	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)	標準報酬 月額	被保険者証 資格確認 (被保険者用) 回収区分	備考		
	(氏) (名)	昭 5 ・ 平 7	年 月 日	(男)1 ・ (女)2	令和 年 月 日	健 千円	添付1 返不能2 減失3	退職 転勤 死亡 年 月 日	
	郵便番号 -	住所	フリガナ						電話番号(連絡先)
	都道府県								
	(氏) (名)	昭 5 ・ 平 7	年 月 日	(男)1 ・ (女)2	令和 年 月 日	健 千円	添付1 返不能2 減失3	退職 転勤 死亡 年 月 日	
	郵便番号 -	住所	フリガナ						電話番号(連絡先)
	都道府県								
	(氏) (名)	昭 5 ・ 平 7	年 月 日	(男)1 ・ (女)2	令和 年 月 日	健 千円	添付1 返不能2 減失3	退職 転勤 死亡 年 月 日	
	郵便番号 -	住所	フリガナ						電話番号(連絡先)
	都道府県								
	(氏) (名)	昭 5 ・ 平 7	年 月 日	(男)1 ・ (女)2	令和 年 月 日	健 千円	添付1 返不能2 減失3	退職 転勤 死亡 年 月 日	
	郵便番号 -	住所	フリガナ						電話番号(連絡先)
	都道府県								

第
葉

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者印

受付日付印

愛鉄連健康保険組合理事長 殿

(令和6年12月 改)