

届書種別	被保険者の記号
適 2	
※	

健康保険 被保険者資格喪失届

常務理事	事務長	役 席	担当

(記入上の注意)

ア. 記入の方法をよく読んで記入してください。

イ. 1枚の用紙には同月中に発生したもののみを記載してください。

ウ. ※印の欄は記入しないでください。

被保険者の番号	被保険者の氏名	① 性別	② 資格喪失年月日 〔退職または死亡の翌日〕	③ 資格喪失の原因	④ 転出先の被保険者の記号	⑤ 標準報酬月額	⑥ 被の有無 扶養者	⑦ 被保険者証等回収区分	⑧ 被保険者証等返却枚数	⑨ 備考
第 号 (氏) (名)		男1 女2	令和 年 月 日	転出1 退職2 死亡3 その他4	記号 ※	千円	有 無	添付1 減失3 合計	返不能2 返遅延4 通	
第 号 (氏) (名)		男1 女2	令和 年 月 日	転出1 退職2 死亡3 その他4	記号 ※	千円	有 無	添付1 減失3 合計	返不能2 返遅延4 通	
第 号 (氏) (名)		男1 女2	令和 年 月 日	転出1 退職2 死亡3 その他4	記号 ※	千円	有 無	添付1 減失3 合計	返不能2 返遅延4 通	
第 号 (氏) (名)		男1 女2	令和 年 月 日	転出1 退職2 死亡3 その他4	記号 ※	千円	有 無	添付1 減失3 合計	返不能2 返遅延4 通	
第 号 (氏) (名)		男1 女2	令和 年 月 日	転出1 退職2 死亡3 その他4	記号 ※	千円	有 無	添付1 減失3 合計	返不能2 返遅延4 通	

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	(局)	番

令和 年 月 日 提出

※ 受付日付印