

事業所番号

新	規	2	2
転	出	2	5

健康保険 被保険者資格喪失届

健保組合	常務理事	事務長	課長	係員

事業所	確認者	担当者

被保険者証番号 雇用区分	被保険者氏名(カナ) 被保険者氏名(漢字)	性別	生年月日		資格喪失年月日	資格喪失事由	標準報酬月額(千円)	被扶養者有無	被保険者証回収区分	被扶養者続柄コード				備考	
			年	月						日	年	月	日		1
		1	昭	5				有	1	添付	1				
		2	平	7				無	2	減失 返不能	2	1	1	1	1
											3	2	2	2	2
											3	3	3	3	3
郵便番号			被保険者住所												

		1	昭	5				有	1	添付	1				
		2	平	7				無	2	減失 返不能	2	1	1	1	1
											3	2	2	2	2
											3	3	3	3	3
郵便番号			被保険者住所												

		1	昭	5				有	1	添付	1				
		2	平	7				無	2	減失 返不能	2	1	1	1	1
											3	2	2	2	2
											3	3	3	3	3
郵便番号			被保険者住所												

		1	昭	5				有	1	添付	1				
		2	平	7				無	2	減失 返不能	2	1	1	1	1
											3	2	2	2	2
											3	3	3	3	3
郵便番号			被保険者住所												

事業所所在地		
事業所名称		
事業主氏名		
電話		() 番

令和 年 月 日 提出

健保受領印

決済日付印	確認日付印	受付日付印