

常務理事	専務員	部長	課長	課長代理	係長	主任	担当者

様式コード
2 | 2 0 1

健康保険 被保険者資格喪失届

平成 年 月 日 提出

提出者記入欄	事業所整理記号	事業所記号
	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。	
	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	Ⓜ
電話番号	()	

社会保険労務士記載欄
氏名等
Ⓜ

被保険者1	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成	年 月 日
	④ 個人番号 (基礎年金番号)	⑤ 喪失年月日	7.平成	年 月 日	⑥ 喪失 (不該当) 原因
	⑦ 備考	保険証回収 添付 1 枚 返不能 1 枚		⑧ <input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日又は死亡日を記入してください)	不該当年月日 7.平成 年 月 日

被保険者2	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成	年 月 日
	④ 個人番号 (基礎年金番号)	⑤ 喪失年月日	7.平成	年 月 日	⑥ 喪失 (不該当) 原因
	⑦ 備考	保険証回収 添付 枚 返不能 枚		⑧ <input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日又は死亡日を記入してください)	不該当年月日 7.平成 年 月 日

被保険者3	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成	年 月 日
	④ 個人番号 (基礎年金番号)	⑤ 喪失年月日	7.平成	年 月 日	⑥ 喪失 (不該当) 原因
	⑦ 備考	保険証回収 添付 枚 返不能 枚		⑧ <input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日又は死亡日を記入してください)	不該当年月日 7.平成 年 月 日

被保険者4	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成	年 月 日
	④ 個人番号 (基礎年金番号)	⑤ 喪失年月日	7.平成	年 月 日	⑥ 喪失 (不該当) 原因
	⑦ 備考	保険証回収 添付 枚 返不能 枚		⑧ <input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日又は死亡日を記入してください)	不該当年月日 7.平成 年 月 日