

健康保険  
被保険者資格喪失届

常務理事	事務長	当務者

記号		(資格喪失月が異なる場合は、届出用紙を分けて下さい)						
1	番号	(フリガナ) 氏名	生年月日			年	月	日
	標準報酬月額	千円	資格喪失日	令和	年	月	日	
	保険証の添付	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	喪失証明書	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 否	喪失理由			令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 異動      (            ) (            ) ※異動先事業所を記載して下さい
2	番号	(フリガナ) 氏名	生年月日			年	月	日
	標準報酬月額	千円	資格喪失日	令和	年	月	日	
	保険証の添付	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	喪失証明書	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 否	喪失理由			令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 異動      (            ) (            ) ※異動先事業所を記載して下さい
3	番号	(フリガナ) 氏名	生年月日			年	月	日
	標準報酬月額	千円	資格喪失日	令和	年	月	日	
	保険証の添付	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	喪失証明書	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 否	喪失理由			令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 異動      (            ) (            ) ※異動先事業所を記載して下さい
4	番号	(フリガナ) 氏名	生年月日			年	月	日
	標準報酬月額	千円	資格喪失日	令和	年	月	日	
	保険証の添付	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	喪失証明書	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 否	喪失理由			令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 異動      (            ) (            ) ※異動先事業所を記載して下さい
5	番号	(フリガナ) 氏名	生年月日			年	月	日
	標準報酬月額	千円	資格喪失日	令和	年	月	日	
	保険証の添付	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	喪失証明書	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 否	喪失理由			令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 異動      (            ) (            ) ※異動先事業所を記載して下さい
事業所	所在地			令和 年 月 日			入力チェック	健保受付印
	名称							
	事業主氏名			印				