

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) (資格確認書をお持ちの場合は、ご返却をお願いします)									
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	喪失理由 令和 年 月 日 ☐ 退職 ☐ 死亡 ☐ 再雇用 ☐ その他 ☐ 異動 () () ※異動先事業所を記載して下さい	
	資格確認書 返 却	☐ 有 ・ ☐ 無		喪失証明書	☐ 要 ・ ☐ 否						
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	喪失理由 令和 年 月 日 ☐ 退職 ☐ 死亡 ☐ 再雇用 ☐ その他 ☐ 異動 () () ※異動先事業所を記載して下さい	
	資格確認書 返 却	☐ 有 ・ ☐ 無		喪失証明書	☐ 要 ・ ☐ 否						
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	喪失理由 令和 年 月 日 ☐ 退職 ☐ 死亡 ☐ 再雇用 ☐ その他 ☐ 異動 () () ※異動先事業所を記載して下さい	
	資格確認書 返 却	☐ 有 ・ ☐ 無		喪失証明書	☐ 要 ・ ☐ 否						
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	喪失理由 令和 年 月 日 ☐ 退職 ☐ 死亡 ☐ 再雇用 ☐ その他 ☐ 異動 () () ※異動先事業所を記載して下さい	
	資格確認書 返 却	☐ 有 ・ ☐ 無		喪失証明書	☐ 要 ・ ☐ 否						
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	喪失理由 令和 年 月 日 ☐ 退職 ☐ 死亡 ☐ 再雇用 ☐ その他 ☐ 異動 () () ※異動先事業所を記載して下さい	
	資格確認書 返 却	☐ 有 ・ ☐ 無		喪失証明書	☐ 要 ・ ☐ 否						
事業所	令和 年 月 日						入力チェック		健保受付印		
	所在地 名 称 事業主 氏 名										