

事業所 記号	
住所	
名称	
事業主氏名	
電話番号	印

健康保険資格喪失届

健 保 記 入 欄	常務理事	事務長	担当	担当

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 1	被保険者 番号	被保険者名	性別	生年月日	喪失（不該当）日	喪失（不該当）原因		資格確認書 保険証 回収	健 保 記 入 欄	喪失日		
		(フリガナ)	男・女	昭・平・令	年 月 日	令和 年 月 日	4. 退職等（令和 年 月 日退職等） 5. 死亡（令和 年 月 日死亡） 7. 75歳到達 9. 障害認定 10. その他（ ）	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 3. その他（ ）		事務処理日		
								添付 枚 返不能 枚		令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
被 保 険 者 2	被保険者 番号	被保険者名	性別	生年月日	喪失（不該当）日	喪失（不該当）原因		資格確認書 保険証 回収	健 保 記 入 欄	喪失日		
		(フリガナ)	男・女	昭・平・令	年 月 日	令和 年 月 日	4. 退職等（令和 年 月 日退職等） 5. 死亡（令和 年 月 日死亡） 7. 75歳到達 9. 障害認定 10. その他（ ）	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 3. その他（ ）		事務処理日		
								添付 枚 返不能 枚		令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
被 保 険 者 3	被保険者 番号	被保険者名	性別	生年月日	喪失（不該当）日	喪失（不該当）原因		資格確認書 保険証 回収	健 保 記 入 欄	喪失日		
		(フリガナ)	男・女	昭・平・令	年 月 日	令和 年 月 日	4. 退職等（令和 年 月 日退職等） 5. 死亡（令和 年 月 日死亡） 7. 75歳到達 9. 障害認定 10. その他（ ）	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 3. その他（ ）		事務処理日		
								添付 枚 返不能 枚		令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
被 保 険 者 4	被保険者 番号	被保険者名	性別	生年月日	喪失（不該当）日	喪失（不該当）原因		資格確認書 保険証 回収	健 保 記 入 欄	喪失日		
		(フリガナ)	男・女	昭・平・令	年 月 日	令和 年 月 日	4. 退職等（令和 年 月 日退職等） 5. 死亡（令和 年 月 日死亡） 7. 75歳到達 9. 障害認定 10. その他（ ）	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 3. その他（ ）		事務処理日		
								添付 枚 返不能 枚		令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
備考												