

喪失届

健康保険 被保険者資格喪失届

Table with columns: 常務理事, 事務長, 担当者

年 月 日提出

受付印

提出者記入欄: 事業所番号, 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 保険証の番号, ② 氏名, ③ 生年月日, ④ 喪失日, ⑤ 退職等年月日, ⑥ 喪失の原因, ⑦ 退職・死亡75歳到達障害認定転籍・その他, ⑧ 住所, ⑨ 電話番号, ⑩ 備考

被保険者2: ① 保険証の番号, ② 氏名, ③ 生年月日, ④ 喪失日, ⑤ 退職等年月日, ⑥ 喪失の原因, ⑦ 退職・死亡75歳到達障害認定転籍・その他, ⑧ 住所, ⑨ 電話番号, ⑩ 備考

被保険者3: ① 保険証の番号, ② 氏名, ③ 生年月日, ④ 喪失日, ⑤ 退職等年月日, ⑥ 喪失の原因, ⑦ 退職・死亡75歳到達障害認定転籍・その他, ⑧ 住所, ⑨ 電話番号, ⑩ 備考

被保険者4: ① 保険証の番号, ② 氏名, ③ 生年月日, ④ 喪失日, ⑤ 退職等年月日, ⑥ 喪失の原因, ⑦ 退職・死亡75歳到達障害認定転籍・その他, ⑧ 住所, ⑨ 電話番号, ⑩ 備考