

健康保険被保険者資格喪失届

理事長	常務理事	事務長	担当者

①事業所番号

被保険者証番号	被保険者の氏名		生年月日			性別	退社年月日			資格喪失年月日			喪失区分	保険証回収状況			備考			
														本人・家族分 総枚数	回収枚数	未回収枚数 ・未回収理由				
	(氏)	(名)	昭・5 平・7 令・9	年	月	日	男・1 女・2	令和	年	月	日	令和	年	月	日	1・他管 3・任継 5・転出 6・死亡 7・後期	枚	枚	枚 未回収理由 ・回収不能 ・その他	
	(氏)	(名)	昭・5 平・7 令・9	年	月	日	男・1 女・2	令和	年	月	日	令和	年	月	日	1・他管 3・任継 5・転出 6・死亡 7・後期	枚	枚	枚 未回収理由 ・回収不能 ・その他	
	(氏)	(名)	昭・5 平・7 令・9	年	月	日	男・1 女・2	令和	年	月	日	令和	年	月	日	1・他管 3・任継 5・転出 6・死亡 7・後期	枚	枚	枚 未回収理由 ・回収不能 ・その他	
	(氏)	(名)	昭・5 平・7 令・9	年	月	日	男・1 女・2	令和	年	月	日	令和	年	月	日	1・他管 3・任継 5・転出 6・死亡 7・後期	枚	枚	枚 未回収理由 ・回収不能 ・その他	
	(氏)	(名)	昭・5 平・7 令・9	年	月	日	男・1 女・2	令和	年	月	日	令和	年	月	日	1・他管 3・任継 5・転出 6・死亡 7・後期	枚	枚	枚 未回収理由 ・回収不能 ・その他	

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒 -		
事業所名称			
事業主氏名			
電話	(局)	番

チ エ ツ ク	保険証	マスター