

健康保険

被保険者資格喪失届
(保険をやめるとき)

常務理事	事務長	係長	係員

正

★正・副二通を提出して下さい

。一通は確認の上返付します。

① 被保険者証の記号		② ※被保険者証の番号	③ 被保険者の氏名	④ 性別	⑤ 資格喪失 年 月 日	⑥ 資格喪失 原因	⑦ 標準報酬 月 額	⑧ 被保険者 証の添付	⑨ 備 考
---------------	--	----------------	--------------	---------	--------------------	-----------------	------------------	-------------------	----------

	(フリガナ)		男 ・ 女	令和 年 月 日	死 亡 ・ その他	千円	有 ・ 無	退職 死亡 年 月 日 転出 ()へ
	(氏)	(名)						

	(フリガナ)		男 ・ 女	令和 年 月 日	死 亡 ・ その他	千円	有 ・ 無	退職 死亡 年 月 日 転出 ()へ
	(氏)	(名)						

	(フリガナ)		男 ・ 女	令和 年 月 日	死 亡 ・ その他	千円	有 ・ 無	退職 死亡 年 月 日 転出 ()へ
	(氏)	(名)						

	(フリガナ)		男 ・ 女	令和 年 月 日	死 亡 ・ その他	千円	有 ・ 無	退職 死亡 年 月 日 転出 ()へ
	(氏)	(名)						

	(フリガナ)		男 ・ 女	令和 年 月 日	死 亡 ・ その他	千円	有 ・ 無	退職 死亡 年 月 日 転出 ()へ
	(氏)	(名)						

令和 年 月 日 提出

※健康保険被保険者証を添付してください。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業所主名	Ⓜ
電 話	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	
	Ⓜ

健康保険
被保険者資格喪失確認通知書
(保険をやめるとき)

副

① 被保険者証の記号			④ 性別	⑤ 資格喪失日 年 月 日	⑥ 資格喪失原因	⑦ 標準報酬月額	⑧ 被保険者証の添付	⑨ 備考
	(フリガナ)		男 ・ 女	令和 年 月 日	死亡 ・ その他	千円	有 ・ 無	退職 死亡 年 月 日 転出 ()へ
	(氏)	(名)						
	(フリガナ)		男 ・ 女	令和 年 月 日	死亡 ・ その他	千円	有 ・ 無	退職 死亡 年 月 日 転出 ()へ
	(氏)	(名)						
	(フリガナ)		男 ・ 女	令和 年 月 日	死亡 ・ その他	千円	有 ・ 無	退職 死亡 年 月 日 転出 ()へ
	(氏)	(名)						
	(フリガナ)		男 ・ 女	令和 年 月 日	死亡 ・ その他	千円	有 ・ 無	退職 死亡 年 月 日 転出 ()へ
	(氏)	(名)						
	(フリガナ)		男 ・ 女	令和 年 月 日	死亡 ・ その他	千円	有 ・ 無	退職 死亡 年 月 日 転出 ()へ
	(氏)	(名)						

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業所主名	殿
電話	

令和 年 月 日 提出された健康保険被保険者資格喪失届にもとづき、
うえのとおり資格喪失が確認されたので通知いたします。

令和 年 月 日

京都府農協健康保険組合理事長