

被保険者証の記号

健康保険 被保険者資格喪失届

--	--	--	--

健康保険 被保険者証 の番号	被保険者氏名	被保険者の生年月日	種別 (性別)	資格喪失年月日 (退職または死亡の翌日)	資格喪失の 原因	標準報酬月額 (千円)	被扶養者 の有無	被保険者証 返却区分	備 考
----------------------	--------	-----------	------------	-------------------------	-------------	----------------	-------------	---------------	-----

		昭和・平成 年 月 日	1.男 2.女	令和 年 月 日	1.その他 2.死 亡		1. 有 2. 無	添付 枚 返不能 枚 滅失 枚	
--	--	----------------	------------	-------------	----------------	--	--------------	-----------------------	--

		昭和・平成 年 月 日	1.男 2.女	令和 年 月 日	1.その他 2.死 亡		1. 有 2. 無	添付 枚 返不能 枚 滅失 枚	
--	--	----------------	------------	-------------	----------------	--	--------------	-----------------------	--

		昭和・平成 年 月 日	1.男 2.女	令和 年 月 日	1.その他 2.死 亡		1. 有 2. 無	添付 枚 返不能 枚 滅失 枚	
--	--	----------------	------------	-------------	----------------	--	--------------	-----------------------	--

		昭和・平成 年 月 日	1.男 2.女	令和 年 月 日	1.その他 2.死 亡		1. 有 2. 無	添付 枚 返不能 枚 滅失 枚	
--	--	----------------	------------	-------------	----------------	--	--------------	-----------------------	--

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号