

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	部長	課長	係長	係

① 健康保険被保険者証の記号

--	--	--

② 健康保険 被保険者証 の番号	③ 被保険者の氏名	④ 生年月日	⑤ 種別 (性別)	⑥ 資格喪失年月日 (退職または死亡の日の翌日)	⑦ 資格喪失原因	⑧ 標準報酬 月額	⑨ 被保険者証 (被保険者用) 回収区分	⑩ 被扶養 者の有無	⑪ 被保険者証 (被扶養者用) 回収区分	⑫ 備考 <small>(※該当する場合は✓を入れてください。)</small>
---------------------------	--------------	-----------	-----------------	--------------------------------	-------------	-----------------	-------------------------------	------------------	-------------------------------	--

	(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7	男・女	年 月 日	その他 (月 日 退職) ・ 死亡 (月 日 死亡)	健 千円 年 千円	添付 ・ 返不能 ・ 減失	無 ・ 有	添付 (枚) 返不能 (枚) 減失 (枚)	<input type="checkbox"/> 同日再雇用 <input type="checkbox"/> 転出
--	---------	----------------	-----	-------	--------------------------------------	--------------	---------------------------	-------------	-----------------------------------	---

	(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7	男・女	年 月 日	その他 (月 日 退職) ・ 死亡 (月 日 死亡)	健 千円 年 千円	添付 ・ 返不能 ・ 減失	無 ・ 有	添付 (枚) 返不能 (枚) 減失 (枚)	<input type="checkbox"/> 同日再雇用 <input type="checkbox"/> 転出
--	---------	----------------	-----	-------	--------------------------------------	--------------	---------------------------	-------------	-----------------------------------	---

	(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7	男・女	年 月 日	その他 (月 日 退職) ・ 死亡 (月 日 死亡)	健 千円 年 千円	添付 ・ 返不能 ・ 減失	無 ・ 有	添付 (枚) 返不能 (枚) 減失 (枚)	<input type="checkbox"/> 同日再雇用 <input type="checkbox"/> 転出
--	---------	----------------	-----	-------	--------------------------------------	--------------	---------------------------	-------------	-----------------------------------	---

	(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7	男・女	年 月 日	その他 (月 日 退職) ・ 死亡 (月 日 死亡)	健 千円 年 千円	添付 ・ 返不能 ・ 減失	無 ・ 有	添付 (枚) 返不能 (枚) 減失 (枚)	<input type="checkbox"/> 同日再雇用 <input type="checkbox"/> 転出
--	---------	----------------	-----	-------	--------------------------------------	--------------	---------------------------	-------------	-----------------------------------	---

	(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7	男・女	年 月 日	その他 (月 日 退職) ・ 死亡 (月 日 死亡)	健 千円 年 千円	添付 ・ 返不能 ・ 減失	無 ・ 有	添付 (枚) 返不能 (枚) 減失 (枚)	<input type="checkbox"/> 同日再雇用 <input type="checkbox"/> 転出
--	---------	----------------	-----	-------	--------------------------------------	--------------	---------------------------	-------------	-----------------------------------	---

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

年 月 日 提出

〱 受付日付印 〱

社会保険労務士記載欄

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。

東京都電気工事健康保険組合

【記入の方法】

1. ④の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。
2. ⑤は、該当する性別を○印で囲んでください。
3. ⑥は、健康保険法第36条の規定による資格喪失の年月日(たとえば、退職又は死亡により資格を喪失したときは、退職又は死亡した日の翌日)を記入してください。
4. ⑦は、該当する文字を○印で囲み、退職日又は死亡日を記入してください。
5. ⑧の「健」の欄には健康保険の標準報酬月額を、「年」の欄には厚生年金保険の標準報酬月額を記入してください。
6. ⑨は、被保険者用の被保険者証をこの届書に添付する場合は「添付」を、回収不能届を添付する場合は「返不能」を、滅失届を添付する場合は「滅失」を○印で囲んでください。
7. ⑩は、該当する文字を○印で囲んでください。なお、「有」の場合は、()内に被扶養者の人数を記入してください。
8. ⑪は、被扶養者用の被保険者証をこの届書に添付する場合は「添付」を、回収不能届を添付する場合は「返不能」を、滅失届を添付する場合は「滅失」を○印で囲み、()内に該当する枚数を記入してください。