

事業所記号
0777

健康保険被保険者資格喪失届

常務理事	課長	課長代理	主任	担当

被保険者等番号	被保険者氏名	生年月日(和暦)	性別	(IHI・関係会社への移籍退職の場合) 移籍先の会社名	資格喪失年月日(和暦) (退職日または死亡日の翌日)	資格喪失原因	標準報酬月額	回収区分 ※2	備考
1234	健保 太郎	平成2年10月10日	男		令和5年12月1日	退職	04100	添付 減失 返遅延	
2345	健康 花子	昭和54年1月1日	女		令和5年12月1日	退職	05600	添付 減失 返遅延	
3456	保険 組子	昭和40年2月1日	女	株式会社けんこう	令和5年12月15日	移籍	10900	添付 減失 返遅延	
4567	組合 清一	平成12年9月9日	男		令和5年12月20日	退職	03400	添付 減失 返遅延	
5678	適用 保美	昭和35年12月12日	女		令和5年11月21日	死亡	02200	添付 減失 返遅延	R5.11.20死亡

※1 記入の方法は、記入例を確認してください。

※2 注意事項をご確認の上、回収が必要な書類を添付してください。

受付日付印

事業所所在地	〒 135 - 0001 東京都江東区豊洲三丁目1番1号
事業所名称	株式会社〇〇〇〇
事業主氏名	豊洲 太郎
電話	03-0000-0000

令和 5 年 12 月 1 日 提出

社会保険労務士の提出代行者印