

# 健康保険 被保険者資格喪失届 (保険をやめるとき)

理事長	常務理事	事務長		担当者

正

健康保険被保険者の記号

※

健康保険被保険者の番号	被保険者氏名	生年月日	種別 (性別)	資格喪失年月日	喪失原因	資格確認書回収区分 返却枚数	備考
-------------	--------	------	------------	---------	------	-------------------	----

		昭和 平成 令和 年 月 日	男女 男女	令和 年 月 日	1. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 2. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 3. 75歳到達 (健康保険のみ) 4. 障害認定 (健康保険のみ) 5. 社会保障協定	添付1. 返不能2. 減失 添付 返不能 減失 通 通 通	
--	--	-------------------	----------	----------	--	-------------------------------------	--

		昭和 平成 令和 年 月 日	男女 男女	令和 年 月 日	1. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 2. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 3. 75歳到達 (健康保険のみ) 4. 障害認定 (健康保険のみ) 5. 社会保障協定	添付1. 返不能2. 減失 添付 返不能 減失 通 通 通	
--	--	-------------------	----------	----------	--	-------------------------------------	--

		昭和 平成 令和 年 月 日	男女 男女	令和 年 月 日	1. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 2. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 3. 75歳到達 (健康保険のみ) 4. 障害認定 (健康保険のみ) 5. 社会保障協定	添付1. 返不能2. 減失 添付 返不能 減失 通 通 通	
--	--	-------------------	----------	----------	--	-------------------------------------	--

		昭和 平成 令和 年 月 日	男女 男女	令和 年 月 日	1. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 2. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 3. 75歳到達 (健康保険のみ) 4. 障害認定 (健康保険のみ) 5. 社会保障協定	添付1. 返不能2. 減失 添付 返不能 減失 通 通 通	
--	--	-------------------	----------	----------	--	-------------------------------------	--

		昭和 平成 令和 年 月 日	男女 男女	令和 年 月 日	1. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 2. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 3. 75歳到達 (健康保険のみ) 4. 障害認定 (健康保険のみ) 5. 社会保障協定	添付1. 返不能2. 減失 添付 返不能 減失 通 通 通	
--	--	-------------------	----------	----------	--	-------------------------------------	--

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話	〒   <div style="text-align: right;">⑩</div>
--------------------------------	--

＜令和 年 月 日 提出分＞

上記のとおり資格喪失を確認したので通知します。

シチズン健康保険組合理事長殿