

健康保険 被保険者資格喪失届

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

受付印

令和 5 年 4 月 1 日提出

| | | | |
|---------------|----------------|-----------------------------------|---------------------------|
| 事業主記入欄 | 事業所記号 | 7 8 | KBA 81、栗本商事 78 等 事業所ごとの記号 |
| | 事業所所在地 | 〒 550 - 0013 大阪府大阪市西区新町2丁目4番2号 | |
| | 事業所名称 事業主氏名 | 栗本商事株式会社 ▲▲ ▲▲(代表者氏名) | |
| | 電話番号 | 06 (6110) 7450 | |

事業主確認欄

この届出について、以下の要件を満たしたものである

事業主が記載内容に誤りがないか確認している

| | | | | | | | | | |
|--------------|----------|----------------|----------------------|---|--|--|-------------|----|---|
| 被保険者1 | 被保険者番号 | ●●●●●● | フリガナ (氏) 栗本 (名) 空 | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 | 1 0 0 4 0 1 | 性別 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 資格喪失年月日 | 令和 0 5 0 3 3 1 | 標準報酬月額 | 410 | 喪失原因 | <input checked="" type="checkbox"/> 退職 (令和 5 年 3 月 31 日退職) <input type="checkbox"/> 死亡 (令和 年 月 日死亡) <input type="checkbox"/> 75歳到達 | | | |
| | 被保険者証の回収 | 添付 1 枚 後日 枚 | 備考 | ※該当する場合はチェック願います。 <input type="checkbox"/> 定年退職後の継続再雇用の資格取得有 <input type="checkbox"/> 任意継続の資格取得有 | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--------------|----------|--------------|-----------------|---|---|--|--|----|--|
| 被保険者2 | 被保険者番号 | | フリガナ (氏) (名) | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 資格喪失年月日 | | 標準報酬月額 | | 喪失原因 | <input type="checkbox"/> 退職 (令和 年 月 日退職) <input type="checkbox"/> 死亡 (令和 年 月 日死亡) <input type="checkbox"/> 75歳到達 | | | |
| | 被保険者証の回収 | 添付 枚 後日 枚 | 備考 | ※該当する場合はチェック願います。 <input type="checkbox"/> 定年退職後の継続再雇用の資格取得有 <input type="checkbox"/> 任意継続の資格取得有 | | | | | |

同日得喪の有無について、該当する場合はチェック！

- ・定年退職後の継続再雇用の資格取得がある場合は、「健康保険資格取得届」を別途提出のこと
- ・任意継続加入の場合は「健康保険任意継続被保険者資格取得申請書」を別途提出のこと

| | | | | | | | | | |
|--------------|----------|--------------|-----------------|---|---|--|--|----|--|
| 被保険者3 | 被保険者番号 | | フリガナ (氏) (名) | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 資格喪失年月日 | 令和 | 標準報酬月額 | | 喪失原因 | <input type="checkbox"/> 退職 (令和 年 月 日退職) <input type="checkbox"/> 死亡 (令和 年 月 日死亡) <input type="checkbox"/> 75歳到達 | | | |
| | 被保険者証の回収 | 添付 枚 後日 枚 | 備考 | ※該当する場合はチェック願います。 <input type="checkbox"/> 定年退職後の継続再雇用の資格取得有 <input type="checkbox"/> 任意継続の資格取得有 | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--------------|----------|--------------|-----------------|---|---|--|--|----|--|
| 被保険者4 | 被保険者番号 | | フリガナ (氏) (名) | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 資格喪失年月日 | 令和 | 標準報酬月額 | | 喪失原因 | <input type="checkbox"/> 退職 (令和 年 月 日退職) <input type="checkbox"/> 死亡 (令和 年 月 日死亡) <input type="checkbox"/> 75歳到達 | | | |
| | 被保険者証の回収 | 添付 枚 後日 枚 | 備考 | ※該当する場合はチェック願います。 <input type="checkbox"/> 定年退職後の継続再雇用の資格取得有 <input type="checkbox"/> 任意継続の資格取得有 | | | | | |

記入見本