

健康保険 被保険者資格喪失届

提出者記入欄	事業所番号		令和 年 月 日提出	同 令和 年 月 日						
	事業所所在地				常務理事	事務局長	事務局次長	課 長	課長補佐	担 当 者
	事業所名称									
	事業主氏名									
電話番号	()	社会保険労務士記載欄 氏名等								

被保険者 1	① 被保険者 整理番号		② 氏 名	フリガナ 氏 名	③ 生年 月 日	5.昭和 7.平成	年	月	日
	④ 喪失年月日 (退職日・死亡日 の翌日)	令和	年	月	日	⑤ 喪失原因	退 職 死 亡 その他	⑥ 資格確認書 または 健康保険証 回収区分	添 付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 減 失 _____ 枚
	⑦ 備 考	退職日・死亡日 令和 年 月 日							

被保険者 2	① 被保険者 整理番号		② 氏 名	フリガナ 氏 名	③ 生年 月 日	5.昭和 7.平成	年	月	日
	④ 喪失年月日 (退職日・死亡日 の翌日)	令和	年	月	日	⑤ 喪失原因	退 職 死 亡 その他	⑥ 資格確認書 または 健康保険証 回収区分	添 付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 減 失 _____ 枚
	⑦ 備 考	退職日・死亡日 令和 年 月 日							

被保険者 3	① 被保険者 整理番号		② 氏 名	フリガナ 氏 名	③ 生年 月 日	5.昭和 7.平成	年	月	日
	④ 喪失年月日 (退職日・死亡日 の翌日)	令和	年	月	日	⑤ 喪失原因	退 職 死 亡 その他	⑥ 資格確認書 または 健康保険証 回収区分	添 付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 減 失 _____ 枚
	⑦ 備 考	退職日・死亡日 令和 年 月 日							

被保険者 4	① 被保険者 整理番号		② 氏 名	フリガナ 氏 名	③ 生年 月 日	5.昭和 7.平成	年	月	日
	④ 喪失年月日 (退職日・死亡日 の翌日)	令和	年	月	日	⑤ 喪失原因	退 職 死 亡 その他	⑥ 資格確認書 または 健康保険証 回収区分	添 付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 減 失 _____ 枚
	⑦ 備 考	退職日・死亡日 令和 年 月 日							

※ 資格確認書または健康保険証を添付して下さい。

東京都歯科健康保険組合

受付印