

常務理事	事務長	係

健康保険被保険者資格喪失届

記号	事業所名称	証番号	被保険者氏名	性別	資格喪失年月日	資格喪失の事由	標準報酬	健保使用欄	証の回収状況	証の回収年月日
				1. 男女 2. 男女	令和 年 月 日	1. 退職 2. 死亡 3. その他 ()	千円	1. 任意継続 2. その他	1. 添付 2. 遅延 3. 不能 4. 減失	令和 年 月 日
				1. 男女 2. 男女	令和 年 月 日	1. 退職 2. 死亡 3. その他 ()	千円	1. 任意継続 2. その他	1. 添付 2. 遅延 3. 不能 4. 減失	令和 年 月 日
				1. 男女 2. 男女	令和 年 月 日	1. 退職 2. 死亡 3. その他 ()	千円	1. 任意継続 2. その他	1. 添付 2. 遅延 3. 不能 4. 減失	令和 年 月 日
				1. 男女 2. 男女	令和 年 月 日	1. 退職 2. 死亡 3. その他 ()	千円	1. 任意継続 2. その他	1. 添付 2. 遅延 3. 不能 4. 減失	令和 年 月 日
				1. 男女 2. 男女	令和 年 月 日	1. 退職 2. 死亡 3. その他 ()	千円	1. 任意継続 2. その他	1. 添付 2. 遅延 3. 不能 4. 減失	令和 年 月 日
				1. 男女 2. 男女	令和 年 月 日	1. 退職 2. 死亡 3. その他 ()	千円	1. 任意継続 2. その他	1. 添付 2. 遅延 3. 不能 4. 減失	令和 年 月 日

事業主名称
事業主氏名

令和 年 月 日提出
令和 年 月 日受付

この資格喪失に関する処分に不服のある場合にはこの通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に口頭、又は、文書にて社会保険審査官に対し審査の請求ができません

被保険者資格喪失確認通知書

上記のとおり資格喪失が確認されたので通知します。

音羽健康保険組合理事長
金丸 徳雄