

正

健康保険 被保険者資格喪失届

常務理事	事務局長	部長	課長	課長補佐	担当者

令和 年 月 日 提出

届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。

提出者記入欄	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

健康保険の記号

社会保険労務士記載欄
氏名等

被保険者1	① 被保険者等番号	② (フリガナ) 氏名 (氏)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日
	④ 喪失年月日	9.令和	⑤ 標準報酬月額	⑥ 喪失(不該当)原因	資格確認書等回収
	⑦ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 []		4. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 5. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 7. 75歳到達 9. 障害認定 11. 社会保障協定	添付 枚 減失 枚 返不能 枚

被保険者2	① 被保険者等番号	② (フリガナ) 氏名 (氏)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日
	④ 喪失年月日	9.令和	⑤ 標準報酬月額	⑥ 喪失(不該当)原因	資格確認書等回収
	⑦ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 []		4. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 5. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 7. 75歳到達 9. 障害認定 11. 社会保障協定	添付 枚 減失 枚 返不能 枚

被保険者3	① 被保険者等番号	② (フリガナ) 氏名 (氏)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日
	④ 喪失年月日	9.令和	⑤ 標準報酬月額	⑥ 喪失(不該当)原因	資格確認書等回収
	⑦ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 []		4. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 5. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 7. 75歳到達 9. 障害認定 11. 社会保障協定	添付 枚 減失 枚 返不能 枚

被保険者4	① 被保険者等番号	② (フリガナ) 氏名 (氏)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日
	④ 喪失年月日	9.令和	⑤ 標準報酬月額	⑥ 喪失(不該当)原因	資格確認書等回収
	⑦ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 []		4. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 5. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 7. 75歳到達 9. 障害認定 11. 社会保障協定	添付 枚 減失 枚 返不能 枚

東京金属事業健康保険組合
受付印

副

健康保険 被保険者資格喪失確認通知書

令和 年 月 日 提出

届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。

提出者記入欄	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

健康保険の記号

社会保険労務士記載欄

氏名等

被保険者1	① 被保険者等番号	② (フリガナ) 氏名 (氏)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日
	④ 喪失年月日	9.令和 年 月 日	⑤ 標準報酬月額	⑥ 喪失(不該当)原因	該当する項目を○で囲んでください。 4. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 5. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 7. 75歳到達 9. 障害認定 11. 社会保障協定
	⑦ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 []		資格確認書等回収	添付 枚 減失 枚 返不能 枚

被保険者2	① 被保険者等番号	② (フリガナ) 氏名 (氏)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日
	④ 喪失年月日	9.令和 年 月 日	⑤ 標準報酬月額	⑥ 喪失(不該当)原因	該当する項目を○で囲んでください。 4. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 5. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 7. 75歳到達 9. 障害認定 11. 社会保障協定
	⑦ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 []		資格確認書等回収	添付 枚 減失 枚 返不能 枚

被保険者3	① 被保険者等番号	② (フリガナ) 氏名 (氏)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日
	④ 喪失年月日	9.令和 年 月 日	⑤ 標準報酬月額	⑥ 喪失(不該当)原因	該当する項目を○で囲んでください。 4. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 5. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 7. 75歳到達 9. 障害認定 11. 社会保障協定
	⑦ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 []		資格確認書等回収	添付 枚 減失 枚 返不能 枚

被保険者4	① 被保険者等番号	② (フリガナ) 氏名 (氏)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日
	④ 喪失年月日	9.令和 年 月 日	⑤ 標準報酬月額	⑥ 喪失(不該当)原因	該当する項目を○で囲んでください。 4. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 5. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 7. 75歳到達 9. 障害認定 11. 社会保障協定
	⑦ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 []		資格確認書等回収	添付 枚 減失 枚 返不能 枚

提出された被保険者喪失届にもとづき、うえのとおり資格喪失が確認されたので通知します。

この書類の保険料は 月分 で計算いたします

令和 年 月 日

東京金属事業健康保険組合理事長

この通知書を受け取りましたら、すみやかに確認された事項をそれぞれの被保険者に通知してください。
なお、被保険者の住所が明らかでないため通知できないときは、その旨を当組合へ連絡してください。
この通知書は完結となった日から起算して2年間は、事業主が保存してください。