

健康保険 被保険者資格喪失届 (転籍者届)
(事業所名 へ)

事業主欄	事業所記号	提出日：令和 年 月 日	受付日付印
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号	()	
社会保険労務士の提出代行者			

被 保 険 者 1	番号	氏名	(フリガナ)	生年月日	5. 昭和	年	月	日	
	喪失年月日	9. 令和	年	月	日	喪失原因	4. 退職等 (令和 年 月 日退職・契約変更) 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		
	備考	該当する項目に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者の喪失 <input type="checkbox"/> 退職後の継続再雇用者の喪失		保険証回収	添付	枚			
						減失	枚		

被 保 険 者 2	番号	氏名	(フリガナ)	生年月日	5. 昭和	年	月	日	
	喪失年月日	9. 令和	年	月	日	喪失原因	4. 退職等 (令和 年 月 日退職・契約変更) 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		
	備考	該当する項目に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者の喪失 <input type="checkbox"/> 退職後の継続再雇用者の喪失		保険証回収	添付	枚			
						減失	枚		

被 保 険 者 3	番号	氏名	(フリガナ)	生年月日	5. 昭和	年	月	日	
	喪失年月日	9. 令和	年	月	日	喪失原因	4. 退職等 (令和 年 月 日退職・契約変更) 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		
	備考	該当する項目に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者の喪失 <input type="checkbox"/> 退職後の継続再雇用者の喪失		保険証回収	添付	枚			
						減失	枚		

被 保 険 者 4	番号	氏名	(フリガナ)	生年月日	5. 昭和	年	月	日	
	喪失年月日	9. 令和	年	月	日	喪失原因	4. 退職等 (令和 年 月 日退職・契約変更) 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		
	備考	該当する項目に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者の喪失 <input type="checkbox"/> 退職後の継続再雇用者の喪失		保険証回収	添付	枚			
						減失	枚		

常務理事	事務長		担当