健康保険　　# 被保険者資格喪失届

事業主欄		
事業所記号		提出日：令和　　年　　月　　日
事業所所在地	〒　　－	
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	（　　）	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者

被保険者1								
番号		氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日
個人番号		喪失年月日	令和　年　月　日	喪失原因	1. 退職等（令和　年　月　日　退職・契約変更） 6. 死亡（令和　年　月　日死亡） 9. 社会保障協定　10. 75 歳到達　11. 障害認定			
備考	該当する項目に☑を入れてください。 ☐二以上事業所勤務者の喪失 ☐退職後の継続再雇用者の喪失	資格確認書回収	添付　枚 滅失　枚					

被保険者2								
番号		氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日
個人番号		喪失年月日	令和　年　月　日	喪失原因	1. 退職等（令和　年　月　日　退職・契約変更） 6. 死亡（令和　年　月　日死亡） 9. 社会保障協定　10. 75 歳到達　11. 障害認定			
備考	該当する項目に☑を入れてください。 ☐二以上事業所勤務者の喪失 ☐退職後の継続再雇用者の喪失	資格確認書回収	添付　枚 滅失　枚					

被保険者3								
番号		氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日
個人番号		喪失年月日	令和　年　月　日	喪失原因	1. 退職等（令和　年　月　日　退職・契約変更） 6. 死亡（令和　年　月　日死亡） 9. 社会保障協定　10. 75 歳到達　11. 障害認定			
備考	該当する項目に☑を入れてください。 ☐二以上事業所勤務者の喪失 ☐退職後の継続再雇用者の喪失	資格確認書回収	添付　枚 滅失　枚					

被保険者4								
番号		氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日
個人番号		喪失年月日	令和　年　月　日	喪失原因	1. 退職等（令和　年　月　日　退職・契約変更） 6. 死亡（令和　年　月　日死亡） 9. 社会保障協定　10. 75 歳到達　11. 障害認定			
備考	該当する項目に☑を入れてください。 ☐二以上事業所勤務者の喪失 ☐退職後の継続再雇用者の喪失	資格確認書回収	添付　枚 滅失　枚					

常務理事	事務長			担当

パレット健康保険組合
（2024. 12. 2）