

様式コード
2 2 0 1

名古屋木材  
健康保険組合

# 健康保険被保険者資格喪失届

常務理事	事務長	課長	係

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所 記号	1
	事業所 所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 -
	事業所 名称	
	事業主 氏名	
	電話番号	( )

受付印
-----

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 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日
	④ 個人 番号	⑤ 喪失 年月日 ※退職日 の翌日	9. 年 令和	月 日	⑥ 喪失 (不該当) 原因	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 回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	健保 使用欄	男 女 報酬月額

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 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日
	④ 個人 番号	⑤ 喪失 年月日 ※退職日 の翌日	9. 年 令和	月 日	⑥ 喪失 (不該当) 原因	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 回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	健保 使用欄	男 女 報酬月額

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 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日
	④ 個人 番号	⑤ 喪失 年月日 ※退職日 の翌日	9. 年 令和	月 日	⑥ 喪失 (不該当) 原因	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 回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	健保 使用欄	男 女 報酬月額

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 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日
	④ 個人 番号	⑤ 喪失 年月日 ※退職日 の翌日	9. 年 令和	月 日	⑥ 喪失 (不該当) 原因	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 回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	健保 使用欄	男 女 報酬月額

⑧ 厚生年金保険被保険者資格喪失届は事業所様より直接送付をお願いします。