届書コード	処理区分	
2 0 1		届書

常務理事	事務長	課長	係長	担当者

健 康 保 険　　被保険者資格喪失届

（被保険者証の回収添付をお願いします）

①健康保険被保険者証の記号　※　1 0 0

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでよくお読みください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

②健康保険被保険者証の番号	㋐被保険者の氏名	③生年月日	㋑種別（性別）	㋒年金手帳の基礎年金番号	④資格喪失年月日	⑤資格喪失原因	㋓標準報酬月額	⑥被保険者証（被保険者用）回収区分	㋔被扶養者の有無	⑦※被扶養者番号 ⑧※被保険者証（被扶養者用）回収区分	⑨※作成原因	㋕備考
100	（氏）健保　（名）太郎	明.1 大.3 昭.5 平.7　6 0 0 8 3 0	1・2・3・5・6・7	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1	平成 2 6 0 6 0 1	その他4・死亡5・障害認定9	健 240 千円 / 年 240 千円	添付1・返不能2・滅失3	無・有（1人）	添付1・返不能2・滅失3		送信　平成 年 月 日 退職・死亡
	（氏）　（名）	明.1 大.3 昭.5 平.7	1・2・3・5・6・7		平成 年 月 日	その他4・死亡5・障害認定9	健 千円 / 年 千円	添付1・返不能2・滅失3	無・有（ 人）	添付1・返不能2・滅失3		送信　平成 年 月 日 退職・死亡
	（氏）　（名）	明.1 大.3 昭.5 平.7	1・2・3・5・6・7		平成 年 月 日	その他4・死亡5・障害認定9	健 千円 / 年 千円	添付1・返不能2・滅失3	無・有（ 人）	添付1・返不能2・滅失3		送信　平成 年 月 日 退職・死亡
	（氏）　（名）	明.1 大.3 昭.5 平.7	1・2・3・5・6・7		平成 年 月 日	その他4・死亡5・障害認定9	健 千円 / 年 千円	添付1・返不能2・滅失3	無・有（ 人）	添付1・返不能2・滅失3		送信　平成 年 月 日 退職・死亡
	（氏）　（名）	明.1 大.3 昭.5 平.7	1・2・3・5・6・7		平成 年 月 日	その他4・死亡5・障害認定9	健 千円 / 年 千円	添付1・返不能2・滅失3	無・有（ 人）	添付1・返不能2・滅失3		送信　平成 年 月 日 退職・死亡

印刷製本包装機械健康保険組合

事業所所在地	〒　130 －0001　東京都〇〇区〇〇－〇－〇
事業所名称	〇〇〇株式会社
事業主氏名	〇〇　〇〇　㊞
電話	03　（　1234　局）　5678　番

事業所印、事業主印の押印もれにご注意ください。

提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
㊞