

健康保険 被保険者資格喪失届

一次	二次	スタッフ

届書コード	処理区分
201	

健康保険 事業所記号	健康保険 被保険者番号

被保険者氏名	性別	生年月日	資格喪失年月日	資格喪失の原因	備考 <u>現住所が下記と異なる場合は二重線で抹消し正しい住所を記入してください</u>
				後期高齢者医療 制度該当	〒

※届書は本用紙一枚を提出してください。

現住所が備考欄に記載の住所と異なる場合は二重線で抹消し正しい住所を記入してください。

当組合より後期高齢者医療広域連合へ情報連携を行うため、正確な住所情報でご提出をお願い申し上げます。

所在地	〒 —
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

受 付 日 印