

被保険者等記号

健康保険 被保険者資格喪失届

決裁日付印

決	常務理事	事務長	課長	係
裁				

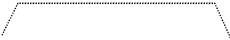
所属	被保険者等番号	被 保 険 者 の 氏 名	生 年 月 日	性 別	資格喪失年月日 （退職・死亡の翌日、 75歳の誕生日当日、 広域連合による障害認定日）	資格喪失 の原因	標準報 酬月額	資格確認書回収年月日	備考
								返却枚数	

						昭和 平成 令和	年 月 日	男 ・ 女	令和 年 月 日	退 職 死 亡 そ の 他 75歳到達 障害認定	千円	令和 年 月 日	
						昭和 平成 令和	年 月 日	男 ・ 女	令和 年 月 日	退 職 死 亡 そ の 他 75歳到達 障害認定	千円	令和 年 月 日	
						昭和 平成 令和	年 月 日	男 ・ 女	令和 年 月 日	退 職 死 亡 そ の 他 75歳到達 障害認定	千円	令和 年 月 日	
						昭和 平成 令和	年 月 日	男 ・ 女	令和 年 月 日	退 職 死 亡 そ の 他 75歳到達 障害認定	千円	令和 年 月 日	
						昭和 平成 令和	年 月 日	男 ・ 女	令和 年 月 日	退 職 死 亡 そ の 他 75歳到達 障害認定	千円	令和 年 月 日	

令和 年 月 日 提 出

三井物産健康保険組合 理事長殿

事業所の所在地及び名称
事 業 主 の 氏 名



提出期限…事実のあった日から5日以内
提出部数…1部

様式第八号（第二十九条関係）