

証書コード	処理区分	届書
201		

健康保険 被保険者資格喪失届
厚生年金保険

常務理事	事務長	課長	担当者

①事業所整理記号																			
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	(工)標準報酬月額	⑥被保険者証(被保険者用)回収区分	(才)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	(力)備考						
	(氏)(名)	大昭平令. 3579	1.5 2.6 3.7		令和 年 月 日	その他 4 死亡 5 70歳到達 6	健 千円 年 千円	添付 1 認不能 2 減失 3	無 有 (人)					送信					
	(氏)(名)	大昭平令. 3579	1.5 2.6 3.7		令和 年 月 日	その他 4 死亡 5 70歳到達 6	健 千円 年 千円	添付 1 認不能 2 減失 3	無 有 (人)					送信					
	(氏)(名)	大昭平令. 3579	1.5 2.6 3.7		令和 年 月 日	その他 4 死亡 5 70歳到達 6	健 千円 年 千円	添付 1 認不能 2 減失 3	無 有 (人)					送信					
	(氏)(名)	大昭平令. 3579	1.5 2.6 3.7		令和 年 月 日	その他 4 死亡 5 70歳到達 6	健 千円 年 千円	添付 1 認不能 2 減失 3	無 有 (人)					送信					
	(氏)(名)	大昭平令. 3579	1.5 2.6 3.7		令和 年 月 日	その他 4 死亡 5 70歳到達 6	健 千円 年 千円	添付 1 認不能 2 減失 3	無 有 (人)					送信					

◎「※」印欄は記入しないでください。

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話	局)	番

令和 年 月 日提出
健康保険組合理事長

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印