

被保険者等記号

決裁日付印

決	常務理事	事務長	係	係
裁				

## 健康保険 被保険者資格喪失届

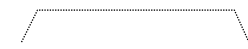
所属	被保険者等番号	被保険者の氏名	生年月日	性別	資格喪失年月日 <small>(退職・死亡の翌日、 75歳の誕生日当日、 広域連合による障害認定日)</small>	資格喪失 の原因	標準報酬 月額	保険証・資格確認書回収年月日			備考
								返却枚数			

			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			

様式第八号 (第二十九条関係)

令和 年 月 日 提出

事業所の所在地及び名称  
事業主の氏名



三井物産健康保険組合 理事長殿

提出期限…事実のあった日から5日以内

提出部数…1部