

正

健康保険 被保険者資格喪失届

常務理事	事務長	課長	課長補佐	係長	係員

令和 年 月 日提出

受付日付印

提出者記入欄	事業所番号	
	事業所所在地	〒
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

社会保険労務士記載欄

氏名等

被保険者 1	① 被保険者整理番号		② 氏名		③ 生年月日	
	④ 喪失年月日		⑤ 喪失(不該当)原因	() その他 ()	⑥ 標準報酬月額	千円
	⑦ 資格確認書回収	回収区分	1. 添付	2. 滅失	3. 返不能	⑧ 備考
		被保険者(本人)分	枚	枚	枚	<input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者の喪失 <input type="checkbox"/> その他()
		被扶養者(家族)分	枚	枚	枚	

被保険者 2	① 被保険者整理番号		② 氏名		③ 生年月日	
	④ 喪失年月日		⑤ 喪失(不該当)原因	() その他 ()	⑥ 標準報酬月額	千円
	⑦ 資格確認書回収	回収区分	1. 添付	2. 滅失	3. 返不能	⑧ 備考
		被保険者(本人)分	枚	枚	枚	<input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者の喪失 <input type="checkbox"/> その他()
		被扶養者(家族)分	枚	枚	枚	

被保険者 3	① 被保険者整理番号		② 氏名		③ 生年月日	
	④ 喪失年月日		⑤ 喪失(不該当)原因	() その他 ()	⑥ 標準報酬月額	千円
	⑦ 資格確認書回収	回収区分	1. 添付	2. 滅失	3. 返不能	⑧ 備考
		被保険者(本人)分	枚	枚	枚	<input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者の喪失 <input type="checkbox"/> その他()
		被扶養者(家族)分	枚	枚	枚	

被保険者 4	① 被保険者整理番号		② 氏名		③ 生年月日	
	④ 喪失年月日		⑤ 喪失(不該当)原因	() その他 ()	⑥ 標準報酬月額	千円
	⑦ 資格確認書回収	回収区分	1. 添付	2. 滅失	3. 返不能	⑧ 備考
		被保険者(本人)分	枚	枚	枚	<input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者の喪失 <input type="checkbox"/> その他()
		被扶養者(家族)分	枚	枚	枚	

健康保険 被保険者資格喪失確認通知書

下記のとおり資格喪失を確認したので通知します。

令和 年 月 日

(令和 年 月 日提出分)

観光産業健康保険組合理事長

事業所番号		
事業所所在地	〒	
事業所名称		
事業主氏名	様	
電話番号		

この通知書を受け取りましたら、すみやかに確認された事項を、それぞれの被保険者に通知しなければなりません。

この通知に不服があるときは、通知があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官(地方厚生(支)局内)に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。

再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会(厚生労働省内)に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内(再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内)に、健康保険組合を被告として提起することができます。(ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。)

なお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても提起することができます。

被 保 険 者	① 被保険者 整理番号		② 氏名		③ 生 年 月 日	
	④ 喪失 年月日		⑤ 喪失 (不該当) 原因	() その他 ()	⑥ 標準報酬 月額	健保 千円
	⑦ 資格確認書 回収	回収区分	1. 添付	2. 滅失	3. 返不能	⑧ 備考
		被保険者(本人)分	枚	枚	枚	<input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者の喪失 <input type="checkbox"/> その他()
		被扶養者(家族)分	枚	枚	枚	

被 保 険 者	① 被保険者 整理番号		② 氏名		③ 生 年 月 日	
	④ 喪失 年月日		⑤ 喪失 (不該当) 原因	() その他 ()	⑥ 標準報酬 月額	健保 千円
	⑦ 資格確認書 回収	回収区分	1. 添付	2. 滅失	3. 返不能	⑧ 備考
		被保険者(本人)分	枚	枚	枚	<input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者の喪失 <input type="checkbox"/> その他()
		被扶養者(家族)分	枚	枚	枚	

被 保 険 者	① 被保険者 整理番号		② 氏名		③ 生 年 月 日	
	④ 喪失 年月日		⑤ 喪失 (不該当) 原因	() その他 ()	⑥ 標準報酬 月額	健保 千円
	⑦ 資格確認書 回収	回収区分	1. 添付	2. 滅失	3. 返不能	⑧ 備考
		被保険者(本人)分	枚	枚	枚	<input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者の喪失 <input type="checkbox"/> その他()
		被扶養者(家族)分	枚	枚	枚	

被 保 険 者	① 被保険者 整理番号		② 氏名		③ 生 年 月 日	
	④ 喪失 年月日		⑤ 喪失 (不該当) 原因	() その他 ()	⑥ 標準報酬 月額	健保 千円
	⑦ 資格確認書 回収	回収区分	1. 添付	2. 滅失	3. 返不能	⑧ 備考
		被保険者(本人)分	枚	枚	枚	<input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者の喪失 <input type="checkbox"/> その他()
		被扶養者(家族)分	枚	枚	枚	