

常務理事	事務長	係

①健康保険被保険者証の記号

健康保険被保険者資格喪失届

② 健康保険 被保険者証 の番号	㊦ 被保険者の氏名	③ 生年月日	㊧ 種別 (性別)	④ 資格喪失年月日 1.退職または死亡 の日の翌日 2.70歳の誕生日の 前日	⑤ 資格 喪失 原因	㊨ 標準報酬 月額	⑥※被保険者証回収区分			㊩ 被扶養 者の有 無	㊪ 備 考	
							添付	返不能	減失			
	(氏) (名)	昭 5 年 月 日 平 7 令 9	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	添付1. 返不能2. 減失3.	通	通	通		
	(氏) (名)	昭 5 年 月 日 平 7 令 9	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	添付1. 返不能2. 減失3.	通	通	通		
	(氏) (名)	昭 5 年 月 日 平 7 令 9	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	添付1. 返不能2. 減失3.	通	通	通		
	(氏) (名)	昭 5 年 月 日 平 7 令 9	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	添付1. 返不能2. 減失3.	通	通	通		
	(氏) (名)	昭 5 年 月 日 平 7 令 9	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	添付1. 返不能2. 減失3.	通	通	通		

令和 年 月 日 提出

事業所名称	
事業主氏名	印

受付日付印

社会保険労務士の退出代行者印	
	印

この処分に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に文書又は口頭で社会保険審査官（地方社会保険事務局内）に審査請求できます。また、その決定に不服があるときは、決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して60日以内に社会保険審査会（厚生労働省内）に再審査請求できます。

なお、この処分の取消の訴えは、再審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、再審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや、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、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、健康保険組合を被告として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。