

事業所記号		

健康保険
被保険者資格喪失届

決裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者

正

提出期限・・・事実のあった日から五日以内
提出部数・・・二通（正・副）

被保険者等番号	フリガナ			喪失年月日	令和 年 月 日	喪失原因	1. 退職等（令和 年 月 日退職等） 2. 死亡（令和 年 月 日死亡） 3. 75歳到達 4. 障害認定	標準報酬月額	千円	
	氏名									
	備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 3. その他 []			被保険者証等回収年月日	有・無	令和 年 月 日	被扶養者証等回収年月日	有・無	添付 令和 年 月 日 枚
被保険者等番号	フリガナ			喪失年月日	令和 年 月 日	喪失原因	1. 退職等（令和 年 月 日退職等） 2. 死亡（令和 年 月 日死亡） 3. 75歳到達 4. 障害認定	標準報酬月額	千円	
	氏名									
	備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 3. その他 []			被保険者証等回収年月日	有・無	令和 年 月 日	被扶養者証等回収年月日	有・無	添付 令和 年 月 日 枚
被保険者等番号	フリガナ			喪失年月日	令和 年 月 日	喪失原因	1. 退職等（令和 年 月 日退職等） 2. 死亡（令和 年 月 日死亡） 3. 75歳到達 4. 障害認定	標準報酬月額	千円	
	氏名									
	備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 3. その他 []			被保険者証等回収年月日	有・無	令和 年 月 日	被扶養者証等回収年月日	有・無	添付 令和 年 月 日 枚
被保険者等番号	フリガナ			喪失年月日	令和 年 月 日	喪失原因	1. 退職等（令和 年 月 日退職等） 2. 死亡（令和 年 月 日死亡） 3. 75歳到達 4. 障害認定	標準報酬月額	千円	
	氏名									
	備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 3. その他 []			被保険者証等回収年月日	有・無	令和 年 月 日	被扶養者証等回収年月日	有・無	添付 令和 年 月 日 枚

令和 年 月 日提出

提出者

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

社会保険労務士の提出代行者

受付日付印

事業所記号		

健康保険
被保険者資格喪失確認通知書

副

被保険者等番号	フリガナ			喪失年月日	令和	年	月	日	喪失原因	1. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 2. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 3. 75歳到達 4. 障害認定	標準報酬月額	千円
	氏名											
	備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 3. その他 []		被保険者証等回収年月日	有・無	令和	年	月	日	被扶養者証等回収年月日	有・無	添付 令和 年 月 日
被保険者等番号	フリガナ			喪失年月日	令和	年	月	日	喪失原因	1. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 2. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 3. 75歳到達 4. 障害認定	標準報酬月額	千円
	氏名											
	備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 3. その他 []		被保険者証等回収年月日	有・無	令和	年	月	日	被扶養者証等回収年月日	有・無	添付 令和 年 月 日
被保険者等番号	フリガナ			喪失年月日	令和	年	月	日	喪失原因	1. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 2. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 3. 75歳到達 4. 障害認定	標準報酬月額	千円
	氏名											
	備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 3. その他 []		被保険者証等回収年月日	有・無	令和	年	月	日	被扶養者証等回収年月日	有・無	添付 令和 年 月 日
被保険者等番号	フリガナ			喪失年月日	令和	年	月	日	喪失原因	1. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 2. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 3. 75歳到達 4. 障害認定	標準報酬月額	千円
	氏名											
	備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 3. その他 []		被保険者証等回収年月日	有・無	令和	年	月	日	被扶養者証等回収年月日	有・無	添付 令和 年 月 日

令和 年 月 日に提出された被保険者資格喪失届に基づき上記の通り資格喪失が確認されましたので通知します。

提出者	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

MBK連合健康保険組合 理事長

(この通知書のことと不服があるときなど)
1. この通知書のこととわからないことがあるときは当組合へお尋ねください。この処分と不服があるときは、処分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訴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訴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、提訴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とも提訴することができます。2. この通知を受け取ったら、すみやかに確認された事項をそれぞれの被保険者へ通知して下さい。

確認日付印