

健康保険被保険者資格喪失届

北越コーポレーション健康保険組合 御中

被保険者証記号				常务理事	事務長	担当者	担当者		
※他管・他管掌の略。意味は、他の健保もしくは国保等に移る事									
被保険者番号	(フリガナ) 被保険者氏名	被保険者生年月日		性別	喪失区分	資格喪失年月日	標準報酬月額	資格喪失原因	被保険者証回収確認 事業所担当者が記入
		昭和 平成 令和	年 月 日	男 1 女 2	他管 1 転出 2 死亡 3	年 月 日	千円	退職・転勤・死亡 年月日	添付有・無 回収年月日(枚) ()
		昭和 平成 令和	年 月 日	男 1 女 2	他管 1 転出 2 死亡 3	年 月 日	千円	退職・転勤・死亡 年月日	添付有・無 回収年月日(枚) ()
		昭和 平成 令和	年 月 日	男 1 女 2	他管 1 転出 2 死亡 3	年 月 日	千円	退職・転勤・死亡 年月日	添付有・無 回収年月日(枚) ()
		昭和 平成 令和	年 月 日	男 1 女 2	他管 1 転出 2 死亡 3	年 月 日	千円	退職・転勤・死亡 年月日	添付有・無 回収年月日(枚) ()

令和 年 月 日 提出

北越コーポレーション(株)使用欄	新潟 長岡 市川 勝田 紀州 大阪 本社
事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	TEL ()

受付日付印