

被保険者整理番号をご記入ください。

事業所番号をご記入ください。

**ご注意**  
用紙は複写式になっておりますので、強く、ずれないようにご記入ください。

退職日、死亡日等をご記入ください。

事→健		健康保険 被保険者資格喪失届	
健保組合 正		① 健康保険被保険者証の記号 (年金整理記号)	
届書コード 処理区分		② 厚生年金基金番号	
201	東	180 WPX 阪基 0238	
		③ 基金の事業所番号	
		101184	
③ 健康保険被保険者証の番号 (年金整理番号)		④ 被保険者の氏名	
16	年金 二郎	昭和32年04月06日	
⑤ 加入員番号		⑥ 標準報酬月額	
9999999999999		240401	
⑦ フリガナ		⑧ 郵便番号	
材カ		5400037	
⑨ 住所		⑩ 都道府県	
大阪市中央区内平野町〇-〇-〇		大阪	
⑪ 健康保険被保険者証の番号 (年金整理番号)		⑫ 被保険者の氏名	
19	基金 三郎	昭和29年04月06日	
⑬ 加入員番号		⑭ 標準報酬月額	
8888888888888		240410	
⑮ フリガナ		⑯ 郵便番号	
材カ		5400037	
⑰ 住所		⑱ 都道府県	
大阪市中央区内平野町〇-〇-〇		大阪	
⑲ 健康保険被保険者証の番号 (年金整理番号)		⑳ 被保険者の氏名	
㉑ フリガナ		㉒ 郵便番号	
㉓ 住所		㉔ 都道府県	

事業主印

郵便番号、ご住所をご記入ください。

いずれかを○で囲んでください。  
事業所間移動：定年後再雇用など資格喪失後、再び同日付で資格を取得するとき  
死亡：死亡したとき  
再取得が明ら：資格喪失後、間を空けて基金に再度、かな者 資格を取得することが明らかなとき  
70歳：70歳に到達したとき  
その他：上記以外（自己都合等）の理由で資格を喪失したとき

事業主印を押印してください。ただし、事業主が署名した場合、押印は省略できます。