

様式コード
2 2 0 1

健康保険
厚生年金保険
(兼)厚生年金保険

被保険者資格喪失届

70歳以上被用者不該当届

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	事業所整理記号	事業所記号
	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。	
	事業所所在地	
	事業所名称 事業主氏名 電話番号	

ここに事業所の
住所・名称・代表者名等を
記入して下さい。(押印不要です)

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	123456	② 氏名	(フリガナ) ○○○ (氏) ○○○○ (名) ○○○○	③ 生年月日	5.昭和 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 7.平成 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 9.令和 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
	④ 個人番号(基礎年金番号)		⑤ 喪失年月日	9.令和 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	⑥ 喪失(不該当)原因	4.退職等(令和○年○月○日退職等) 5.死亡(令和 年 月 日死亡) 7.75歳到達(健康保険のみ喪失) 9.障害認定(健康保険のみ喪失) 11.社会保障協定
	⑦ 備考	保険証回収		添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日又は死亡日を記入してください) 不該当年月日 9. 令和 年 月 日

被保険者2	① 被保険者整理番号		② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 年 月 日
	④ 個人番号(基礎年金番号)		⑤ 喪失年月日	9.令和 年 月 日	⑥ 喪失(不該当)原因	4.退職等(令和 年 月 日退職等) 5.死亡(令和 年 月 日死亡) 7.75歳到達(健康保険のみ喪失) 9.障害認定(健康保険のみ喪失) 11.社会保障協定
	⑦ 備考	保険証回収		添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日又は死亡日を記入してください) 不該当年月日 9. 令和 年 月 日

被保険者3	① 被保険者整理番号		② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 年 月 日
	④ 個人番号(基礎年金番号)		⑤ 喪失年月日	9.令和 年 月 日	⑥ 喪失(不該当)原因	4.退職等(令和 年 月 日退職等) 5.死亡(令和 年 月 日死亡) 7.75歳到達(健康保険のみ喪失) 9.障害認定(健康保険のみ喪失) 11.社会保障協定
	⑦ 備考	保険証回収		添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日又は死亡日を記入してください) 不該当年月日 9. 令和 年 月 日

被保険者4	① 被保険者整理番号		② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 年 月 日
	④ 個人番号(基礎年金番号)		⑤ 喪失年月日	9.令和 年 月 日	⑥ 喪失(不該当)原因	4.退職等(令和 年 月 日退職等) 5.死亡(令和 年 月 日死亡) 7.75歳到達(健康保険のみ喪失) 9.障害認定(健康保険のみ喪失) 11.社会保障協定
	⑦ 備考	保険証回収		添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚	⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日又は死亡日を記入してください) 不該当年月日 9. 令和 年 月 日

記入方法

提出者記入欄 : 事業所整理記号・事業所番号は下図を参照し、新規適用時または、名称・所在地変更時に付された記号・番号を記入してください。

事業所整理記号			0	1	—	イ	ロ	ハ		事業所記号	1	2	3	4	5
---------	--	--	---	---	---	---	---	---	--	-------	---	---	---	---	---

①被保険者整理番号 : 資格取得時に払い出された被保険者整理番号を、必ず記入してください。

②氏名 : 氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。

③生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照し記入してください。

⑤昭和	年	月	日
7.平成	6	3	0
9.令和			5
			0
			3

④個人番号 (基礎年金番号) : 本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。ただし、健康保険組合への届出については、記入不要です。

⑤喪失年月日 : 下図を参照し、喪失年月日を記入してください。

退職等による資格喪失	退職日の翌日 転勤の当日 雇用契約の変更の当日
死亡による資格喪失	死亡日の翌日
75歳到達による健康保険の資格喪失	誕生日の当日
障害認定による健康保険の資格喪失	認定日の当日

⑥喪失(不該当)原因 : 下図を参照し、該当する番号を○で囲んでください。退職・死亡の場合は、その当日の年月日を()内に記入してください。

4. 退職等	退職した場合、雇用契約の変更等により被保険者の適用対象外となった場合、退職後に継続して再雇用した場合
5. 死亡	死亡した場合
7. 75歳到達	75歳に到達したことで後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合
9. 障害認定	65歳以上75歳未満の方で、障害認定により後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合

⑦備考 : 必要に応じて記入してください。

⑧70歳不該当 : 70歳以上の場合、「□70歳以上被用者不該当」にチェックを入れてください。また、「不該当年月日」に退職または死亡した当日の年月日を記入してください。在職中に70歳に到達された方の厚生年金保険被保険者資格喪失届は、この用紙ではなく『70歳到達届』を提出してください。