

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

(受付印)

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	()														

(健康保険組合使用欄)

理事長	常務理事	事務長	回覧	受付

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		② 氏 名	(フリガナ) (氏)	(名)	③ 生 年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	
	④ 個人番号 (基礎年金番号)	(記 入 不 要)			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	☐ 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 7.平成 9.令和	年	月	日	
	④ 個人番号 (基礎年金番号)	(記 入 不 要)			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	☐ 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 7.平成 9.令和	年	月	日	
	④ 個人番号 (基礎年金番号)	(記 入 不 要)			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	☐ 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 7.平成 9.令和	年	月	日	
	④ 個人番号 (基礎年金番号)	(記 入 不 要)			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	☐ 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し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	5	0	3
9.令和						

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、基礎年金番号通知書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。