

様式コード			
2	2	0	1

# 健康保険 被保険者資格喪失届

常務理事	事務長	課長	係長	係

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	健康保険 事業所整理記号	
	厚生年金保険 事業所整理記号	
	事業所 所在地	〒 _____
	事業所 名称	
事業主 氏名		
電話番号	( _____ ) _____	

受付印

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 _____ 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)	2枚目(年金機構分)に個人番号等をご記入ください。		⑤ 喪失年月日	9.令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	⑦ 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 3. その他 ( _____ ) 2. 退職後の継続再雇用者の喪失		⑧ 70歳不該当	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
	⑥ 喪失原因	⑧ 70歳不該当	厚生年金保険70歳以上被用者不該当の場合は、2枚目をご記入ください。		
	⑧ 70歳不該当	⑨ 保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 減失 _____ 枚	⑩ 資格確認書回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 減失 _____ 枚		

被保険者2	① 被保険者整理記号	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)	2枚目(年金機構分)に個人番号等をご記入ください。		⑤ 喪失年月日	9.令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	⑦ 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 3. その他 ( _____ ) 2. 退職後の継続再雇用者の喪失		⑧ 70歳不該当	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
	⑥ 喪失原因	⑧ 70歳不該当	厚生年金保険70歳以上被用者不該当の場合は、2枚目をご記入ください。		
	⑧ 70歳不該当	⑨ 保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 減失 _____ 枚	⑩ 資格確認書回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 減失 _____ 枚		

被保険者3	① 被保険者整理記号	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)	2枚目(年金機構分)に個人番号等をご記入ください。		⑤ 喪失年月日	9.令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	⑦ 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 3. その他 ( _____ ) 2. 退職後の継続再雇用者の喪失		⑧ 70歳不該当	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
	⑥ 喪失原因	⑧ 70歳不該当	厚生年金保険70歳以上被用者不該当の場合は、2枚目をご記入ください。		
	⑧ 70歳不該当	⑨ 保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 減失 _____ 枚	⑩ 資格確認書回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 減失 _____ 枚		

被保険者4	① 被保険者整理記号	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)	2枚目(年金機構分)に個人番号等をご記入ください。		⑤ 喪失年月日	9.令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	⑦ 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 3. その他 ( _____ ) 2. 退職後の継続再雇用者の喪失		⑧ 70歳不該当	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
	⑥ 喪失原因	⑧ 70歳不該当	厚生年金保険70歳以上被用者不該当の場合は、2枚目をご記入ください。		
	⑧ 70歳不該当	⑨ 保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 減失 _____ 枚	⑩ 資格確認書回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 減失 _____ 枚		

様式コード			
2	2	0	1

厚生年金保険 被保険者資格喪失届



令和 年 月 日提出

(兼) 厚生年金保険 70歳以上被用者不該当届

提出者記入欄	健康保険 事業所整理記号	
	厚生年金保険 事業所整理記号	
	事業所 所在地	〒 _____
	事業所 名称	_____
	事業主 氏名	_____
電話番号	( _____ ) _____	

受付印

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 フリガナ 氏名	③ 生年月日
	④ 個人番号 (基礎年 金番号)	⑤ 喪失 年月日	⑥ 喪失 原因
	⑦ 備考	⑧ 70歳 不該当	

被保険者2	① 被保険者 整理記号	② フリガナ 氏名	③ 生年月日
	④ 個人番号 (基礎年 金番号)	⑤ 喪失 年月日	⑥ 喪失 原因
	⑦ 備考	⑧ 70歳 不該当	

被保険者3	① 被保険者 整理記号	② フリガナ 氏名	③ 生年月日
	④ 個人番号 (基礎年 金番号)	⑤ 喪失 年月日	⑥ 喪失 原因
	⑦ 備考	⑧ 70歳 不該当	

被保険者4	① 被保険者 整理記号	② フリガナ 氏名	③ 生年月日
	④ 個人番号 (基礎年 金番号)	⑤ 喪失 年月日	⑥ 喪失 原因
	⑦ 備考	⑧ 70歳 不該当	