

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	部長	課長	係長	係

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所整理記号	-	事業所番号	
	事業所所在地	〒 -		
	事業所名称			
	事業主氏名			
電話番号	( )			

健康保険事業所記号
-----------

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	健厚	② 氏名	(フリガナ) (氏)	③ 生 年 月 日	5. 昭和 7. 平成
	④ 個人番号(基礎年金番号)	健康分は入力不要です。 厚生年金分のみ必要に応じて記載してください。			⑤ 喪失年月日	9. 令和
	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	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)
					⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当(退職日また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	健厚	② 氏名	(フリガナ) (氏)	③ 生 年 月 日	5. 昭和 7. 平成
	④ 個人番号(基礎年金番号)	健康分は入力不要です。 厚生年金分のみ必要に応じて記載してください。			⑤ 喪失年月日	9. 令和
	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	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)
					⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当(退職日また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	健厚	② 氏名	(フリガナ) (氏)	③ 生 年 月 日	5. 昭和 7. 平成
	④ 個人番号(基礎年金番号)	健康分は入力不要です。 厚生年金分のみ必要に応じて記載してください。			⑤ 喪失年月日	9. 令和
	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	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)
					⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当(退職日また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	健厚	② 氏名	(フリガナ) (氏)	③ 生 年 月 日	5. 昭和 7. 平成
	④ 個人番号(基礎年金番号)	健康分は入力不要です。 厚生年金分のみ必要に応じて記載してください。			⑤ 喪失年月日	9. 令和
	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	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)
					⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当(退職日また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

様式コード
2 2 0 1

厚生年金保険

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

事業所整理記号	—	事業所番号
事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 -	
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	( )	

在職中に70歳に到達された方の厚生年金保険被保険者喪失届は、この用紙ではなく『70歳到達届』を提出してください。

受付印
-----

社会保険労務士記載欄

氏名等
-----

① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏)	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成	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)
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	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日また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

① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏)	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成	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)
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	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日また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

① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏)	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成	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)
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	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日また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

① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏)	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成	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)
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	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日また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