

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

令和元年6月8日提出

事業所整理記号	00	-	アイウ	事業所記号	
提出者記入欄	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	〒123-4567 神奈川県横浜市中区〇〇町1-20-3				
事業所名称	健保ソリューション株式会社				
事業主氏名	代表取締役社長 佐藤 太郎				
電話番号	045 (567) 8901				

社会保険労務士記載欄
氏名等

① 被保険者整理番号	6	② 氏名	(フリガナ) ケンポ (氏) 健保	(名) タロウ 太郎	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)		⑤ 喪失年月日	9.令和	02	12	01	年	月	日
⑥ 喪失(不該当)原因	4. 退職等(令和2年11月30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 1 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				

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)		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				

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)		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				

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)		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
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、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。