

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 2 年 12 月 1 日 提出

|         |                                          |       |           |
|---------|------------------------------------------|-------|-----------|
| 事業所整理番号 | 0 1 - アイウ                                | 事業所記号 | 0 1 2 3 4 |
| 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。                |       |           |
|         | 〒 123 - 4567                             |       |           |
|         | 事業所所在地<br>神奈川県横浜市中区〇〇町1-20-3             |       |           |
|         | 事業所名称<br>健保ソリューション株式会社                   |       |           |
|         | 代表取締役社長<br>佐藤 太郎<br>電話番号<br>045(567)8901 |       |           |

|            |
|------------|
| 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     | 6                        | ② 氏名    | (フリガナ) ケンボ<br>(氏) 健保<br>(名) タロウ 太郎 | ③ 生年月日                                                      | 5.昭和<br>7.平成<br>9.令和 | 年 月 日                                                                                       | 1 0 0 8 0 5 |
|        | ④ 個人番号(基礎年金番号) |                          | ⑤ 喪失年月日 | 9.令和                               | 0 2 1 2 0 1                                                 | ⑥ 喪失(不該当)原因          | 4. 退職等(令和 2 年 11 月 30 日退職等)<br>5. 死亡(令和 年 月 日死亡)<br>7. 75歳到達(健康保険のみ喪失)<br>9. 障害認定(健康保険のみ喪失) |             |
|        | ⑦ 備考           | 保険証回収<br>添付 1 枚<br>返不能 枚 |         | ⑧                                  | <input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当<br>(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)<br>(氏)<br>(名) | ③ 生年月日                                                      | 5.昭和<br>7.平成<br>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                 |                                                             | ⑥ 喪失(不該当)原因          | 4. 退職等(令和 年 月 日退職等)<br>5. 死亡(令和 年 月 日死亡)<br>7. 75歳到達(健康保険のみ喪失)<br>9. 障害認定(健康保険のみ喪失) |            |
|        | ⑦ 備考           | 保険証回収<br>添付 枚<br>返不能 枚 |         | ⑧                    | <input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当<br>(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)<br>(氏)<br>(名) | ③ 生年月日                                                      | 5.昭和<br>7.平成<br>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                 |                                                             | ⑥ 喪失(不該当)原因          | 4. 退職等(令和 年 月 日退職等)<br>5. 死亡(令和 年 月 日死亡)<br>7. 75歳到達(健康保険のみ喪失)<br>9. 障害認定(健康保険のみ喪失) |            |
|        | ⑦ 備考           | 保険証回収<br>添付 枚<br>返不能 枚 |         | ⑧                    | <input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当<br>(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)<br>(氏)<br>(名) | ③ 生年月日                                                      | 5.昭和<br>7.平成<br>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                 |                                                             | ⑥ 喪失(不該当)原因          | 4. 退職等(令和 年 月 日退職等)<br>5. 死亡(令和 年 月 日死亡)<br>7. 75歳到達(健康保険のみ喪失)<br>9. 障害認定(健康保険のみ喪失) |            |
|        | ⑦ 備考           | 保険証回収<br>添付 枚<br>返不能 枚 |         | ⑧                    | <input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当<br>(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<br>転勤の当日<br>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。