

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

健 保 使 用 欄	常務理事	担当上司	担当

令和 年 月 日 提出

事業所整理記号	一	事業所記号
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	( )	

## 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)		(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	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 2.退職後の継続再雇用者の喪失		3.その他	資格確認書回収 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)					
				⑤ 喪失年月日	9.令和	年	月	日	⑥ 喪失(不該当)原因	不該当年月日 9.令和						

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	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 2.退職後の継続再雇用者の喪失		3.その他	資格確認書回収 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)					
				⑤ 喪失年月日	9.令和	年	月	日	⑥ 喪失(不該当)原因	不該当年月日 9.令和						

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	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 2.退職後の継続再雇用者の喪失		3.その他	資格確認書回収 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)					
				⑤ 喪失年月日	9.令和	年	月	日	⑥ 喪失(不該当)原因	不該当年月日 9.令和						

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	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 2.退職後の継続再雇用者の喪失		3.その他	資格確認書回収 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)					
				⑤ 喪失年月日	9.令和	年	月	日	⑥ 喪失(不該当)原因	不該当年月日 9.令和						

## 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。事業主の押印は、署名(自筆)の場合は必要ありません。

事業所整理記号	1	2	3	4	—					事業所記号					
---------	---	---	---	---	---	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--

- 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  
7.平成  
9.令和  
6 3 0 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 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。