

様式コード  
2 2 0 1

健康保険  
厚生年金保険

# 被保険者資格喪失届

(兼)厚生年金保険

70歳以上被用者不該当届

常務理事	事務長	部長	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 記号								
	厚生年金保険 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	( )								

受付日付印

社会保険労務士記載欄

氏名等

被保険者 1	① 健康保険 被保険者 番号		② 氏名	(フリガナ) 氏(名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	④ 種別	1. 男 2. 女
	⑤ 基礎年金 番号		⑥ 喪失 年月日	9.令和	年	月	日	⑦ 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. 社会保険協定		
	⑧ 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			保険証等回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 滅失 _____ 枚		⑨ 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 健康保険 被保険者 番号		② 氏名	(フリガナ) 氏(名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	④ 種別	1. 男 2. 女
	⑤ 基礎年金 番号		⑥ 喪失 年月日	9.令和	年	月	日	⑦ 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. 社会保険協定		
	⑧ 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			保険証等回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 滅失 _____ 枚		⑨ 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 健康保険 被保険者 番号		② 氏名	(フリガナ) 氏(名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	④ 種別	1. 男 2. 女
	⑤ 基礎年金 番号		⑥ 喪失 年月日	9.令和	年	月	日	⑦ 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. 社会保険協定		
	⑧ 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			保険証等回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 滅失 _____ 枚		⑨ 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 健康保険 被保険者 番号		② 氏名	(フリガナ) 氏(名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	④ 種別	1. 男 2. 女
	⑤ 基礎年金 番号		⑥ 喪失 年月日	9.令和	年	月	日	⑦ 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. 社会保険協定		
	⑧ 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			保険証等回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 滅失 _____ 枚		⑨ 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			

記入方法

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	健康保険 事業所 記号	3	8	0	2									
	厚生年金保険 事業所 整理記号		0	1	-	A	B	C	事業所 記号	1	2	3	4	5
	事業所 所在地	〒 111 - 1111 東京都〇〇区〇〇町1-2-3												
	事業所 名称 事業主 氏名 電話番号	〇〇〇〇 株式会社 代表取締役社長 〇〇 〇〇〇 03 ( 1234 ) 5678												

この届出は、資格喪失の日(⑥欄の日)から5日以内に提出してください。

社会保険労務士記載欄 氏名等
-------------------

被保険者1	①健康保険 被保険者 番号	60	②氏名	(フリガナ) ケンボ (氏) 健保 (名) 太郎	③生年月日	5.昭和 7.平成	0	1	1	0	3	1	④種別	1.男	2.女
	⑤基礎年金 番号				⑥喪失 年月日								⑦喪失 (不該当) 原因	4.退職等(令和2年4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.社会保険協定	
	⑧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				保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 減失 _____ 枚			⑨70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) 不該当年月日 9.令和				

- ① 健康保険被保険者番号 : 資格取得時に払い出された被保険者番号を、必ず記入してください。
- ② 氏名 : 氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名をご記入ください。フリガナはカタカナで正確にご記入ください。
- ③ 生年月日 : 該当する番号を○で囲んでください。なお、年月日が1桁の場合は、前に0を記入してそれぞれ2桁にしてください。
- ④ 種別 : 該当する番号を○で囲んでください。
- ⑤ 基礎年金番号 : 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ご記入ください。
- ⑥ 喪失年月日 : 下図を参照し、喪失年月日をご記入ください。

退職等による資格喪失	退職日の翌日 雇用契約変更の当日
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
社会保障協定による資格喪失	社会保障協定発効の当日 相手国法令の適用となった日の翌日

- ⑦ 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( )内にご記入ください。

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した場合
11. 社会保障協定	社会保障協定により、相手国法令の適用を受け、被保険者資格を喪失する場合

- ⑧ 備考 : 「1.二以上事業所勤務者の喪失」は、2カ所以上の適用事業所で勤務している被保険者が喪失する場合に○で囲んでください。60歳以上の方で、退職した者が1日の空白もなく引き続き再雇用された場合、「2.退職後の継続再雇用者の喪失」を○で囲み、この届書とあわせて『被保険者資格取得届』をご提出ください。転勤により資格喪失する場合は、「3.その他」を○で囲み、( )内に「〇〇年〇〇月〇〇日転勤」とご記入ください。
- ⑨ 70歳不該当 : 70歳以上の方で資格喪失理由が退職、死亡である場合は、「□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ご記入ください。(厚生年金保険分のみ) 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』をご提出ください。

添付書類

- 健康保険被保険者証、資格確認書※(本人および被扶養者分) ※有効期限内の発行者のみ
- 「⑥喪失年月日」に記入した日付が届書の受付年月日から60日以上さかのぼる場合  
退職月の賃金台帳および出勤簿のコピー

お知らせ

- 保険料の負担は、資格喪失月の前月分までとなります。退職による資格喪失の場合、喪失日は退職日の翌日となるため、月末に退職した場合は退職月分の保険料まで控除する必要がありますのでご注意ください。