

| |
|---------|
| 様式コード |
| 2 2 0 1 |

健康保険
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

| | | | | | |
|------|-----|----|----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 課長 | 係長 | 係 |
| | | | | | |

令和 年 月 日提出

受付印

| | | |
|-----------|-------------------|----------------------------------|
| 提出者記入欄 | 健康保険 被保険者証記号 | |
| | 厚生年金保険 事業所整理記号 | 事業所 番号 |
| | 事業所 所在地 | 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 |
| |

| | | | |
|-------|---------------------------|-----------------|---------------|
| 被保険者1 | ① 被保険者 整理番号 | ② フリガナ 氏名 | ③ 生年月日 |
| | ④ 個人番号 (基礎年 金番号) | ⑤ 喪失 年月日 | ⑥ 喪失 原因 |
| | ⑦ 備考 | ⑧ 70歳 不該当 | |

| | | | |
|-------|---------------------------|-----------------|---------------|
| 被保険者2 | ① 被保険者 整理番号 | ② フリガナ 氏名 | ③ 生年月日 |
| | ④ 個人番号 (基礎年 金番号) | ⑤ 喪失 年月日 | ⑥ 喪失 原因 |
| | ⑦ 備考 | ⑧ 70歳 不該当 | |

| | | | |
|-------|---------------------------|-----------------|---------------|
| 被保険者3 | ① 被保険者 整理番号 | ② フリガナ 氏名 | ③ 生年月日 |
| | ④ 個人番号 (基礎年 金番号) | ⑤ 喪失 年月日 | ⑥ 喪失 原因 |
| | ⑦ 備考 | ⑧ 70歳 不該当 | |

| | | | |
|-------|---------------------------|-----------------|---------------|
| 被保険者4 | ① 被保険者 整理番号 | ② フリガナ 氏名 | ③ 生年月日 |
| | ④ 個人番号 (基礎年 金番号) | ⑤ 喪失 年月日 | ⑥ 喪失 原因 |
| | ⑦ 備考 | ⑧ 70歳 不該当 | |

記入例 | 被保険者資格喪失届【2023.12】

令和 5 年 6 月 1 日提出

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|-----------------------------|---|-------|-----------|-----------|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|------------------|--|--|--|--|
| 健康保険 被保険者証記号 | 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | 受付印 | | | | | | | |
| 厚生年金保険 事業所整理記号 | 0 1 | - | A B C | 事業所 番号 | 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 提出者記入欄 | 届書記入の個人番号に誤りが無いことを確認しました。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 〒 111 - 1111 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 〇〇〇〇 株式会社 代表取締役社長 〇〇 〇〇〇 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | 社会保険労務士記載欄 氏名等 | | | | |
| 事業所 名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業主 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|---------------------------|--|-----------------|------------|----|----------------|-------------------------|-------------|---------------|---|-------------|--|
| 被保険者1 | ① 被保険者 整理番号 | 12 | ② フリガナ 氏名 | 〇〇〇 〇〇〇 | 〇〇 | ③ 生年月日 | 5. 昭和 7. 平成 9. 令和 | 年 | 月 | 日 | 1 0 1 2 0 1 | |
| | ④ 個人番号 (基礎年 金番号) | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 | ⑤ 喪失 年月日 | 9. 令和 | 年 | 月 | 日 | 0 5 0 6 0 1 | ⑥ 喪失 原因 | 4. 退職等 (令和 5 年 5 月 31 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 | 該当する事項を○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 () | | | | ※ 保険証 回収 | 本人 | 0 0 | 家族 | ⑧ 70歳 不該当 | | |

記入方法 | 記入例を参考に次の事項に注意のうえご記入ください。

- | | |
|--------------------|---|
| 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(保険証番号)をご記入ください。 |
| ② 氏名 | 住民票に登録されている氏名をご記入ください。(フリガナはカタカナでご記入ください。) |
| ④ 個人番号 (基礎年金番号) | 本人確認を行ったうえで、個人番号をご記入ください。 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ご記入ください。 |
| ⑤ 喪失年月日 | 次の喪失理由により、喪失年月日をご記入ください。 ・ 退職等：退職日の翌日、転勤の翌日、雇用契約変更の当日 ・ 死亡：死亡日の翌日 ・ 75歳到達により後期高齢者医療に該当：誕生日の当日 ・ 65歳以上75歳未満で障害認定により後期高齢者医療に該当：認定日の当日 |
| ⑥ 喪失原因 | 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ご記入ください。) |
| ⑦ 備考 | 該当する番号を○で囲んでください。 |
| ⑧ 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□にチェックを入れ、退職または死亡した当日の年月日をご記入ください。 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」(本人および被扶養者分すべて)
※被保険者に連絡(督促)等しているにも関わらず、回収できないときは「被保険者証回収不能届」をご提出ください。
※失くしているときは「被保険者証滅失届」をご提出ください。
- 「高齢受給者証」「限度額認定証」などの交付を受けているときは、該当する全ての証書。
※回収できない、または、失くしているときは、証書それぞれの「回収不能届」または「滅失届」をご提出ください。
- 60歳以上の退職後の継続再雇用の場合、「退職証明書」「就業規則(写)」「退職辞令(写)」などの、退職日が確認できる書類。
- 60日以上さかのぼってこの届書を提出する場合、退職月の「賃金台帳(写)」および「出勤簿(写)」。なお、役員の場合は、株主総会・取締役会等の「議事録(写)」など。

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。
- ・ 退職後の健康保険の任意継続を希望する場合は、健康保険組合等にお問い合わせください。