

事業所整理記号、番号、被保険者整理番号を必ず記入してください。

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



平成 30 年 4 月 4 日提出

事業主印を押印してください。
ただし、事業主が署名した場合は押印不要です。

提出者記入欄

事業所整理記号 00-ケイト 事業所番号 00123

届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。

〒 168-8500

東京都杉並区高井戸3-2-1

事業所名称 株式会社 健保産業

代表取締役社長 健保 良一

事業主氏名 (事業主印)

電話番号 03 (5432) 6789

受付印

在職中に70歳に到達された方の厚生年金保険被保険者喪失届は、この用紙ではなく『70歳到達届』を提出してください。

社会保険
氏名等

資格喪失年月日を記入してください。
(記載例 平成30年3月31日退職の場合は翌日の4月1日となります。)

被保険者 1

① 被保険者整理番号 6

② 氏名 (フリガナ) 厚年 (氏) 二郎

③ 生年月日 5.昭和 7.平成 4 0 0 5 0 6

④ 個人番号 [基礎年金番号] 1 2 3 4 0 1 2 3 4 5 6 7

⑤ 喪失年月日 7.平成 3 0 0 4 0 1

⑥ 喪失不該当原因 4. 退職等 (平成 30 年 3 月 31 日退職等)
5. 死亡 (平成 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

⑧ 70歳不該当 添付 1 枚 返不能 1 枚

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)

被保険者 2

① 被保険者整理番号 8

② 氏名 (フリガナ) 年金 (氏) サブロウ

③ 生年月日 5.昭和 7.平成 2 5 0 1 0 1

④ 個人番号 [基礎年金番号] 1 2 3 4 1 2 3 4 5 6 7 8

⑤ 喪失年月日 7.平成 3 0 0 4 0 3

⑥ 喪失不該当原因 4. 退職等 (平成 年 月 日退職等)
5. 死亡 (平成 30 年 4 月 2 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

⑧ 70歳不該当 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)

被保険者 3

① 被保険者整理番号

② 氏名 (フリガナ)

③ 生年月日 5.昭和 7.平成

④ 個人番号 [基礎年金番号]

⑤ 喪失年月日 7.平成

⑥ 喪失不該当原因 4. 退職等 (平成 年 月 日退職等)
5. 死亡 (平成 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

⑧ 70歳不該当 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)

被保険者 4

① 被保険者整理番号

② 氏名 (フリガナ)

③ 生年月日 5.昭和 7.平成

④ 個人番号 [基礎年金番号]

⑤ 喪失年月日 7.平成

⑥ 喪失不該当原因 4. 退職等 (平成 年 月 日退職等)
5. 死亡 (平成 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

⑧ 70歳不該当 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)

保険証の枚数を記入して下さい。
添付 被保険者証を添付するとき
返不能 被保険者証の回収ができず、添付できないとき返不能のときは「健康保険被保険者証回収不能届」の添付が必要となります。

次のいずれかを で囲んで下さい。
4. 退職等 退職しとき、又は雇用形態が変わり適用除外となったとき
5. 死亡 死亡したとき
7. 75歳到達 75歳に到達し健康保険の被保険者資格を喪失するとき (75歳以上は、後期高齢者医療の被保険者となります。)
9. 障害認定 一定の障害に該当し広域連合の認定を受け、後期高齢者医療の被保険者となるため、健康保険の被保険者資格を喪失するとき