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 2201

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

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。

令和 元 年 8 月 3 日提出

受付印

提出者記入欄

事業所整理記号	00－ケイト
事業所番号	00123
事業所所在地	〒 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
事業主氏名	代表取締役社長 健保 良一 事業主印 ㊞
電話番号	03 (5432) 6789

届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。

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。

資格喪失年月日を記入してください。
（記載例 令和 元年8月1日退職の場合は翌日の8月2日となります。）

社会 氏名 ㊞

被保険者1

①被保険者整理番号	6
②氏名	(フリガナ) コウネン ジロウ / (氏) 厚年 (名) 二郎
③生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 1 0 0 8 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	9.令和 0 1 0 8 0 2
⑥喪失（不該当）原因	4. 退職等（令和 元 年 8 月 1 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 1 枚 返不能 ＿＿ 枚
⑧70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） 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	8
②氏名	(フリガナ) ネンキン サブロウ / (氏) 年金 (名) 三郎
③生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 4 5 0 3 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	9.令和 0 1 0 7 2 9
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 元 年 7 月 28 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
保険証回収	添付 ＿＿ 枚 返不能 1 枚
⑧70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） 不該当年月日 9.令和 年 月 日

被保険者3

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

いずれかを○で囲んで下さい。
※ 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

被保険者4

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）
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
保険証回収	添付 ＿＿ 枚 返不能 ＿＿ 枚 ※保険証を回収できない場合は、必ず『被保険者証回収不能届』を添付してください。
⑧70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） 不該当年月日 9.令和 年 月 日