

# 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	次長	課長	係長	係

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所整理記号					事業所番号					健康保険の記号			受付									
	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																						
被保険者1	①被保険者番号 (年金整理番号)			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	該当する項目があれば○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												資格確認書回収 添付 _____枚 返不能 _____枚			⑧70歳不該当	<input type="checkbox"/> 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	9.令和	年	月	日					
被保険者2	①被保険者番号 (年金整理番号)			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	該当する項目があれば○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												資格確認書回収 添付 _____枚 返不能 _____枚			⑧70歳不該当	<input type="checkbox"/> 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	9.令和	年	月	日					
被保険者3	①被保険者番号 (年金整理番号)			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	該当する項目があれば○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												資格確認書回収 添付 _____枚 返不能 _____枚			⑧70歳不該当	<input type="checkbox"/> 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	9.令和	年	月	日					
被保険者4	①被保険者番号 (年金整理番号)			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	該当する項目があれば○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												資格確認書回収 添付 _____枚 返不能 _____枚			⑧70歳不該当	<input type="checkbox"/> 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	9.令和	年	月	日					

## 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。

事業所 整理記号	0	1	—	イ	ロ	ハ	事業所 記号	1	2	3	4
-------------	---	---	---	---	---	---	-----------	---	---	---	---

①被保険者番号

: 資格取得時に払い出しされた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、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。