

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

事業所整理記号	事業所番号
届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。	
事業所所在地	〒 ○○○ - ○○○○ ○○県○○市○○町1-1-1
事業所名称	○○○○株式会社
事業主氏名	代表取締役 日本 太郎
電話番号	○○○-○○○-○○○○

健康保険の記号	受付
○ ○ ○ ○	
社会保険労務士記載欄	氏名等

① 被保険者番号 (年金整理番号)	13	② 氏名 (フリガナ) ケンボ 健保 (氏) イチロウ 一郎	③ 生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和 5 5 0 9 2 4
④ 個人番号 (基礎年金番号)		⑤ 喪失年月日 9.令和 0 6 1 2 0 1	⑥ 喪失(不該当)原因 4. 退職等(令和 6 年 11 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 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 (退職日又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

① 被保険者番号 (年金整理番号)	19	② 氏名 (フリガナ) シンデン 神電 (氏) カズオ 和夫	③ 生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和 3 5 0 8 2 6
④ 個人番号 (基礎年金番号)		⑤ 喪失年月日 9.令和 0 6 1 2 0 6	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 6 年 12 月 5 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 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 (退職日又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

① 被保険者番号 (年金整理番号)	25	② 氏名 (フリガナ) デンシ 電子 (氏) ヨシコ 良子	③ 生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和 2 4 1 2 1 1
④ 個人番号 (基礎年金番号)		⑤ 喪失年月日 9.令和 0 6 1 2 1 1	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 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 (退職日又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

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 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 (退職日又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

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	年	月	日
7.平成	6	3	0
9.令和	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。