

健康保険 被保険者資格喪失届

常務理事	事務長	課長	係員

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所整理記号					—					事業所記号						受付印
	事業所在地	〒 —															
	事業所名称																
	事業主名氏																
	電話番号	()															
社会保険労務士記載欄																	
氏名等																	

被保険者1	① 年金整理番号		② 氏名	(フリガナ)		③ 生年月日	5. 昭和	年	月	日	7. 平成				9. 令和
	健康保険番号			(氏)	(名)										
	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 12. 特定減額特例対象者の任意喪失				
	⑦ 備考				該当する項目があれば○をしてください。 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 ()	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)	標準報酬月額	健	年					
					不該当年月日	9. 令和	年	月	日	資格確認書の回収	添付	千円	千円	返不能	枚

被保険者2	① 年金整理番号		② 氏名	(フリガナ)		③ 生年月日	5. 昭和	年	月	日	7. 平成				9. 令和
	健康保険番号			(氏)	(名)										
	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 12. 特定減額特例対象者の任意喪失				
	⑦ 備考				該当する項目があれば○をしてください。 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 ()	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)	標準報酬月額	健	年					
					不該当年月日	9. 令和	年	月	日	資格確認書の回収	添付	千円	千円	返不能	枚

被保険者3	① 年金整理番号		② 氏名	(フリガナ)		③ 生年月日	5. 昭和	年	月	日	7. 平成				9. 令和
	健康保険番号			(氏)	(名)										
	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 12. 特定減額特例対象者の任意喪失				
	⑦ 備考				該当する項目があれば○をしてください。 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 ()	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)	標準報酬月額	健	年					
					不該当年月日	9. 令和	年	月	日	資格確認書の回収	添付	千円	千円	返不能	枚

被保険者4	① 年金整理番号		② 氏名	(フリガナ)		③ 生年月日	5. 昭和	年	月	日	7. 平成				9. 令和
	健康保険番号			(氏)	(名)										
	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 12. 特定減額特例対象者の任意喪失				
	⑦ 備考				該当する項目があれば○をしてください。 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 ()	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)	標準報酬月額	健	年					
					不該当年月日	9. 令和	年	月	日	資格確認書の回収	添付	千円	千円	返不能	枚

様式コード			
2	2	0	1

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



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				
	事業所在地	〒 —													
	事業所名称														
	事業主氏名														
	電話番号	()													

受付印

社会保険労務士記載欄

氏名等

被保険者1	① 年金整理番号		② 氏名	(フリガナ)		(名)	③ 生年月日	5. 昭和	年	月	日	7. 平成				9. 令和												
	④ 個人番号(基礎年金番号)																⑤ 喪失年月日	9. 令和				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	12. 特定減額特例対象者の任意喪失
	⑦ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 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 ()						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)	不該当年月日	9. 令和						⑨ 組合使用欄	標準報酬月額	健康	年	千円	千円	保険証回収区分					

被保険者2	① 年金整理番号		② 氏名	(フリガナ)		(名)	③ 生年月日	5. 昭和	年	月	日	7. 平成				9. 令和												
	④ 個人番号(基礎年金番号)																⑤ 喪失年月日	9. 令和				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	12. 特定減額特例対象者の任意喪失
	⑦ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 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 ()						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)	不該当年月日	9. 令和						⑨ 組合使用欄	標準報酬月額	健康	年	千円	千円	保険証回収区分					

被保険者3	① 年金整理番号		② 氏名	(フリガナ)		(名)	③ 生年月日	5. 昭和	年	月	日	7. 平成				9. 令和												
	④ 個人番号(基礎年金番号)																⑤ 喪失年月日	9. 令和				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	12. 特定減額特例対象者の任意喪失
	⑦ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 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 ()						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)	不該当年月日	9. 令和						⑨ 組合使用欄	標準報酬月額	健康	年	千円	千円	保険証回収区分					

被保険者4	① 年金整理番号		② 氏名	(フリガナ)		(名)	③ 生年月日	5. 昭和	年	月	日	7. 平成				9. 令和												
	④ 個人番号(基礎年金番号)																⑤ 喪失年月日	9. 令和				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	12. 特定減額特例対象者の任意喪失
	⑦ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 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 ()						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)	不該当年月日	9. 令和						⑨ 組合使用欄	標準報酬月額	健康	年	千円	千円	保険証回収区分					

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	ー	イ	ロ	ハ		事業所番号	1	2	3	4	5
---------	--	--	---	---	---	---	---	---	--	-------	---	---	---	---	---

- ①年金整理番号：資格取得時に払い出しされた被保険者整理番号を、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	5	0	3
9. 令和						

- ④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。 雇用契約変更の当日。
死亡による資格喪失	死亡の翌日
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
社会保障協定による資格喪失	社会保障協定発効の当日。相手国法令の適用となった日の翌日
特定減額特例対象者の任意喪失	記入不要

- 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
11. 社会保障協定	社会保障協定により、相手国法令の適用を受け、被保険者資格を喪失する場合
12. 特定減額特例対象者の任意喪失	特定減額特例対象者が申出をして資格を喪失する場合

※「12.特定減額特例対象者の任意喪失」に該当する場合は、この届書と合わせて「特定減額特例対象者 被保険者 資格喪失申出書」の提出が必要です。

- ⑦備考：必要に応じて記入してください。
- ⑧70歳不該当：70歳以上の方の場合、「□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。