

様式コード
2 2 0 1

健康保険
厚生年金保険
(兼)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

常務理事	事務長	担当者

平成 年 月 日 提出

提出者記入欄	事業所整理記号		事業所記号	
	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	〒 -		
	事業所名称			
事業主氏名				
電話番号	()			

社会保険労務士記載欄
氏名等

被保険者1	① 保険証番号	② 氏名	(フリガナ) 	③ 生年月日	5.昭和 7.平成	年 月 日
	④ 基礎年金番号	⑤ 喪失年月日	7.平成	年 月 日	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	保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚		⑧	<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) 不該当年月日 7.平成 年 月 日 70歳不該当	

被保険者2	① 保険証番号	② 氏名	(フリガナ) 	③ 生年月日	5.昭和 7.平成	年 月 日
	④ 基礎年金番号	⑤ 喪失年月日	7.平成	年 月 日	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	保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚		⑧	<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) 不該当年月日 7.平成 年 月 日 70歳不該当	

被保険者3	① 保険証番号	② 氏名	(フリガナ) 	③ 生年月日	5.昭和 7.平成	年 月 日
	④ 基礎年金番号	⑤ 喪失年月日	7.平成	年 月 日	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	保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚		⑧	<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) 不該当年月日 7.平成 年 月 日 70歳不該当	

被保険者4	① 保険証番号	② 氏名	(フリガナ) 	③ 生年月日	5.昭和 7.平成	年 月 日
	④ 基礎年金番号	⑤ 喪失年月日	7.平成	年 月 日	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	保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚		⑧	<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) 不該当年月日 7.平成 年 月 日 70歳不該当	

※本書類を記入後コピーして2枚ともご提出ください。