

健康保険 被保険者資格喪失届
厚生年金保険
(兼) 厚生年金保険 70歳以上被用者不該当届

常務理事	事務長		処理者

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	健康保険 被保険者証記号					
	厚生年金保険 事業所整理記号				事業所 番号	
	事業所 所在地	〒 _____ ー _____				
	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 被保険者 整理番号	② フリガナ 氏名	氏 _____ 名 _____	③ 生年 月日	5.昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 7.平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 9.令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	⑥ 喪失 原因	4. 退職等 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 5. 死 亡 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 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
	④ 個人番号 (基礎年金番号)			⑤ 喪失 年月日	9. 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	⑧ 70歳 不該当	<input type="checkbox"/> 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
	⑦ 備考	保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 減失 _____ 枚					

被保険者 2	① 被保険者 整理番号	② フリガナ 氏名	氏 _____ 名 _____	③ 生年 月日	5.昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 7.平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 9.令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	⑥ 喪失 原因	4. 退職等 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 5. 死 亡 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 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
	④ 個人番号 (基礎年金番号)			⑤ 喪失 年月日	9. 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	⑧ 70歳 不該当	<input type="checkbox"/> 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
	⑦ 備考	保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 減失 _____ 枚					

被保険者 3	① 被保険者 整理番号	② フリガナ 氏名	氏 _____ 名 _____	③ 生年 月日	5.昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 7.平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 9.令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	⑥ 喪失 原因	4. 退職等 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 5. 死 亡 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 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
	④ 個人番号 (基礎年金番号)			⑤ 喪失 年月日	9. 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	⑧ 70歳 不該当	<input type="checkbox"/> 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
	⑦ 備考	保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 減失 _____ 枚					

被保険者 4	① 被保険者 整理番号	② フリガナ 氏名	氏 _____ 名 _____	③ 生年 月日	5.昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 7.平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 9.令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	⑥ 喪失 原因	4. 退職等 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 5. 死 亡 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 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
	④ 個人番号 (基礎年金番号)			⑤ 喪失 年月日	9. 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	⑧ 70歳 不該当	<input type="checkbox"/> 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
	⑦ 備考	保険証回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚 減失 _____ 枚					

記入例 | 資格喪失届

令和 元 年 6 月 1 日提出

提出者記入欄	健康保険 被保険者証記号	1	2	3	4																		
	厚生年金保険 事業所整理記号			0	1	-	A	B	C	事業所 番号	0	1	2	3	4								
	事業所 所在地	〒 123 - 4567 東京都〇〇区〇〇町 1 - 2 - 3																					
	事業所 名称	〇〇〇〇 株式会社																					
事業主 氏名	代表取締役 〇〇 〇〇〇																						
電話番号	0123 (45) 6789																						
社会保険労務士記載欄 氏名等																							
被保険者 1	① 被保険者 整理番号	12				② フリガナ 氏名	〇〇〇 〇〇〇				③ 生年 月日	5.昭和	年	月	日								
	④ 個人番号 (基礎年金番号)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	⑤ 喪失 年月日	9. 令和	0	1	0	6	0	1	⑥ 喪失 原因	④ 退職等 : 令和 1 年 5 月 31 日 5. 死亡 : 令和 年 月 日 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											⑧ 70歳 不該当	<input type="checkbox"/> 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					
											保険証回収 添付 3 枚 返不能 枚 減失 枚												

記入方法 | 記入例を参考に次の事項に注意のうえご記入ください。

- ① 被保険者整理番号 資格取得時に払い出された被保険者整理番号(保険証番号)をご記入ください。
- ② 氏名 住民票に登録されている氏名をご記入ください。(フリガナはカタカナでご記入ください。)
- ④ 個人番号 本人確認を行ったうえで、個人番号をご記入ください。
- ⑤ 喪失年月日 次の喪失理由により、喪失年月日をご記入ください。
・ 退職等 : 退職日の翌日、転勤の当日、雇用契約変更の当日
・ 死亡 : 死亡日の翌日
・ 75歳到達により後期高齢者医療に該当 : 誕生日の当日
・ 65歳以上75歳未満で障害認定により後期高齢者医療に該当 : 認定日の当日
- ⑥ 喪失原因 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ご記入ください。)
- ⑦ 備考 「保険証回収」欄には、添付した保険証の枚数等をご記入ください。

日本年金機構分の注意事項

- ④ 個人番号 本人確認を行ったうえで、個人番号をご記入ください。
基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳等に記載されている10桁の番号を左詰めでご記入ください。
- ⑧ 70歳不該当 70歳以上の方は□にチェックを入れ、退職又は死亡した当日の年月日をご記入ください。
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は、この用紙ではなく、「70歳到達届」をご提出ください。

添付書類

- 本人及び被扶養者すべての「健康保険被保険者証」を添付ください。
- 健康保険被保険者証が回収できないときは、「被保険者証回収不能届」をご提出ください。
- 健康保険高齢受給者証が交付されているときは「健康保険高齢受給者証」を添付ください。