

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歳以上被用者該当届

平成 年 月 日 提出

提出者記入欄	健康保険被保険者 被保険者 証記号		事業所 番号	
	厚生年金 保険事業 所整理番号			
	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	()			
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 氏名	(フリガナ) 氏名	③ 生年 月日	5.昭和 7.平成	年 月 日
	④ 個人番号 (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	該当する項目を○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	<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) 標準報酬月額	

被保険者 2	① 被保険者 整理番号	② 氏名	(フリガナ) 氏名	③ 生年 月日	5.昭和 7.平成	年 月 日
	④ 個人番号 (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	該当する項目を○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	<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) 標準報酬月額	

被保険者 3	① 被保険者 整理番号	② 氏名	(フリガナ) 氏名	③ 生年 月日	5.昭和 7.平成	年 月 日
	④ 個人番号 (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	該当する項目を○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	<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) 標準報酬月額	

被保険者 4	① 被保険者 整理番号	② 氏名	(フリガナ) 氏名	③ 生年 月日	5.昭和 7.平成	年 月 日
	④ 個人番号 (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	該当する項目を○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	<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) 標準報酬月額	